

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CULTURALES-MUSEO**



**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA DEPRESIÓN EN  
MUJERES DE LA ZONA SANTORALES DE MEXICALI, BAJA  
CALIFORNIA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES

PRESENTA:

**LUCÍA ESTRADA ORNELAS**

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

**DR. CHRISTIAN ALONSO FERNÁNDEZ HUERTA**

MEXICALI, B.C., A 29 DE AGOSTO 2021.

## Agradecimientos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT-México) agradezco la beca recibida durante mi proceso de maestría, y espero que algún día más que un privilegio, se convierta en el derecho de toda la comunidad estudiantil el acceso a los programas de producción científica.

Al instituto de investigaciones Culturales -Museo agradezco el apoyo brindado en relación al convenio mantenido con la Universidad Autónoma de Baja California, en el cual el costo de las inscripciones no lo asumimos las y los estudiantes de mi generación. Además, cada una de las personas que conforma el instituto nos brindaron el mejor de los tratos, gracias.

Expreso mi profundo agradecimiento a mi tutor de tesis, Dr. Christian Alonso Fernández Huerta, por su instrucción y colaboración antes y durante el desarrollo de mi investigación, por sus consejos e ideas cuando no sabía cómo avanzar. El Dr. Fernández es un profesor comprometido y responsable, pero, sobre todo empático y sensible a las necesidades e intereses sus estudiantes.

A la Dra. Victoria Elena Santillán le agradezco su tiempo de dedicación y ser lectora de mi tesis. Por sus puntuales observaciones a mi documento.

Quiero mencionar al personal docente que me compartió su conocimiento y herramientas para lograr culminar este trabajo: Dr. Raúl Balbuena, Dra. Areli Veloz, Dr. Everardo Garduño y Fernando Vizcarra. Que privilegio haberlos tenido como mis profesores. También quiero agradecer de una forma especial a la Dra. Irina Córdoba, que en un año en la maestría nos convirtió el espacio académico en un lugar más amoroso y de comprensión.

Durante el proceso que ha sido la maestría he compartido experiencias importantes con personas que me han apoyado en el sentido académico, pero aún más allá, en un sentido de amor

y amistad. Agradezco con el alma a mis amigas, mujeres poderosas, quienes me fortalecieron cada vez que no creía en mí, y me hicieron fuerte cuando dudaba en continuar.

Aketzalli, me escuchó con paciencia, para tener la palabra correcta en los momentos correctos. Espero siempre hacerte saber lo mucho que valoro tu amistad y lo mucho que agradezco a la vida que nos encontramos para compartir el camino. Agradezco, a mi colombiana favorita, su personalidad fuerte y ruda, pero sensible y compartida. Gracias por todo lo que me compartiste Deicy. Perla, en cada clase aprendí de ti, y espero seguir compartiendo otros espacios contigo, amiga. Viviana, gracias por compartirme tu computadora para que terminara mi trabajo, y gracias por tu alegría, nos quedan muchas aventuras.

Agradezco a quien he elegido mi hermano del alma, Oscar. Eres un ser sabio y divertido, te quiero.

El mayor agradecimiento es para mi familia, por estar siempre ahí. Que nos mantuvimos unidos enfrentando el contexto más difícil de la historia, pero continuamos fuertes. A mi mamá por su amor incondicional y hacerme una mejor persona. A mi hijo, Fernando, te amo. Ema, te quiero hermana.

Gracias infinitas.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema</b>	<b>8</b>
<b>1.2.1 Objetivos específicos</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Contexto. Santorales, Mexicali, Baja California, México.</b>	<b>15</b>
<b>1.4 Estado del Arte</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Representaciones sociales</b>	<b>26</b>
<b>2.1.1 Representaciones sociales y su relación con la salud mental.</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Depresión (Feminización de la locura)</b>	<b>33</b>
<b>2.3 Un destino social</b>	<b>43</b>
<b>2.4 Salud mental en contextos de precariedad</b>	<b>46</b>
<b>2.5 Tecnologías del yo, tecnologías del género y representaciones sociales</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS</b>	<b>56</b>
<b>3.1 Método Cualitativo</b>	<b>56</b>
<b>3.1 Representaciones sociales.</b>	<b>57</b>
<b>3.2 Historia de vida</b>	<b>59</b>
<b>3.2.1 Entrevista</b>	<b>61</b>
<b>3.2.2 Colaboradoras</b>	<b>63</b>
<b>3.2.3 El análisis</b>	<b>64</b>
<b>CAPÍTULO 4. TRES CASOS. LA DEPRESIÓN COMO UNA CATEGORÍA DEL LENGUAJE COMÚN.</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Caso 1. Rosa Isela</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Caso 2. Ruth Morales</b>	<b>69</b>
<b>4.3 Caso 3. Kimberly</b>	<b>72</b>
<b>4.3 ¿Qué es la depresión?</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>84</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>91</b>

## Introducción.

Mi interés por indagar sobre la salud mental de las mujeres, particularmente la depresión clínicamente diagnosticada, surge a partir de vivencias propias; sin embargo, es después de una experiencia laboral en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía que entendí la magnitud del fenómeno, un problema que no solo afecta a nivel individual, sino que trasciende al ámbito social y cultural; sobre todo, para aquellas mujeres que pertenecen a zonas marginadas de la ciudad.

Dicho trabajo consistió en entrevistar a mujeres de edades entre quince y sesenta años, de más de ochenta hogares en la ciudad de Mexicali, localidades cercanas a mi vivienda, colonias que en su mayoría presentaban un claro rezago, es decir, que carecían de los recursos socioeconómicos básicos que requiere toda comunidad para su pleno desarrollo. El objetivo de las entrevistas era conocer si las mujeres, en cierto momento de su vida, habían experimentado algún tipo de violencia, ya sea sexual, física, psicológica, económica, obstétrica, etc. Esto que describo parecería tarea fácil, pero las historias de vida que compartían conmigo eran muy dolorosas.

Lo que pasó en el trabajo de campo fue algo que no pensé encontrar y que cambió mi vida, no sólo por el desafío que implica acceder a información tan delicada, sino porque representaba que cada una de las mujeres abriera su corazón y se expusieran ante mí, una desconocida. Fue impactante darme cuenta que todas las mujeres que entrevisté, absolutamente todas, habían sido violentadas de alguna manera. Desde abusos sexuales, hasta que las parejas no les permitieran visitar a sus familiares. La mayoría de las veces ellas no consideraban como violencia los actos que no involucraban abuso físico, así que normalizaban lo que sucedía.

Entre estas historias, algunas mujeres habían sido diagnosticadas con algún padecimiento mental, el más común era la depresión. Resumían una historia de abusos a través de un padecimiento. Recuerdo muy bien una señora que se negó en repetidas ocasiones a atenderme, sin embargo, mi trabajo era insistir un poco, hasta que un día lo logré. Al iniciar la entrevista ella parecía algo malhumorada, imagino que por mi insistencia. Comenzaron las preguntas y el ritmo iba bien, hasta que al realizarle una pregunta simplemente guardó silencio, yo entendí su respuesta. Todo su semblante cambió, había sido abusada sexualmente a una edad muy temprana. A partir de ese momento comenzó a abrirme totalmente su vida, la cual también había sido marcada por violencia física en el matrimonio.

En ese momento me pregunté ¿Quién creía que era? ¿Qué derecho tenía? Tal vez aquel día ella jamás hubiera recordado lo que yo llegué a remover, y yo sólo me daba la vuelta pues lograba el cometido de mi visita, completar mi trabajo. Hablamos horas y lloró varias veces en nuestro encuentro. Lo que más me impactó fue que su familia desconocía gran parte de esa historia y ella la abría para mí. Para mi sorpresa, como ella hubo otras. Algunas me pedían ayuda para que las canalizara a atención psicológica o psiquiátrica, pero mi encomienda era muy egoísta, consistía en tomar su historia y convertirla en un número, nada más. Me es difícil explicar lo que sus vidas impactaron en mí.

Y es precisamente durante la realización de este proyecto cuando caí en cuenta que, en un entorno de precariedad como éste, caracterizado por la deserción escolar y la inserción a empleos precarios en edades tempranas, entre otras vicisitudes, no hay espacio para detenerse y entender que la persona no pueda seguir funcionando, no tienen derecho a sentirse mal, no puede porque los hogares dependen de esos sueldos y de que su actividad sea cubierta, solo queda omitir, dejar

de lado el dolor y seguir. En este escenario los padecimientos mentales quedan en segundo plano, pero no desaparecen, simplemente cobran otro significado.

Esto me llevó a reflexionar que tal vez el único lenguaje para ser comprendida era su diagnóstico, un diagnóstico de depresión. Ahora me pregunto ¿Qué significa para ellas su diagnóstico? ¿Qué comunican? La depresión había trastocado todas sus relaciones inmediatas, pérdida del trabajo, separación de la pareja, conflictos con los hijos, etc. Ellas interactúan con los significados que se le atribuyen a la depresión en la sociedad, los prejuicios y los estereotipos, que llegan a ser igual de dañinos como la depresión misma. A la par, la depresión no es un hueso quebrado, no ocupa cirugía y no se sangra, no es visible. Las condiciones sociales impiden su presencia, pero los significados las hacen emerger en frases que lapidan, como, por ejemplo: “entonces no tienes nada, mujer”. En este sentido, considero necesario comprender cómo las mujeres explican su realidad a partir de su diagnóstico, en una mezcla de sentido común, tradición y lenguaje médico.

Este trabajo de investigación lleva por nombre: Representaciones sociales sobre la depresión en mujeres de la zona santorales de Mexicali, Baja California, y tiene como objetivo identificar y analizar, por medio de una metodología de corte cualitativo, las representaciones sociales sobre la depresión en la mujer, construidas por mujeres que han sido diagnosticadas y que, además, habitan en un entorno urbano precario. Para ello se explorarán las condiciones económicas, laborales y familiares en las que viven; asimismo, se indagará en el significado que las mujeres le atribuyen a su padecimiento antes y después del diagnóstico; así como también, las estrategias que utilizan para desarrollar sus actividades diarias.

## 1.1 Planteamiento del problema

En un marco de condiciones sociohistóricas que se caracterizan por la incertidumbre, la desesperanza, la imposibilidad y la inestabilidad, rasgos propios del modo de producción capitalista, el tema de la salud requiere ser abordado, no sólo como algo individual sino también desde sus determinantes sociales, culturales y económicos. Un contexto como éste propicia la gestión de la vida a través de relaciones de poder y de tecnologías biomédicas, a tal grado de controlar, vigilar y regular a la población hasta en los actos más íntimos, incluyendo aspectos aparentemente subjetivos como el dolor y la tristeza, y digo aparente, porque éste a pesar de su cariz individual, puede ser construido colectiva y discursivamente (Foucault, 2001).

La forma en que se afronta y se explica el dolor, la tristeza y el padecimiento ha sido única en cada sociedad y obedece a formas específicas de lenguaje y de los tratamientos (Levi-Strauss, 1995). Es en la modernidad donde los discursos dominantes de la medicina dejan de lado la relación enfermedad-dolor y se enfocan en la relación enfermedad-improductividad, escenario donde los individuos que no encajan o no se ajustan se tienen que normalizar y por ende ser productivos. En ésta lógica capitalista la salud importa a partir de su valor de uso, respondiendo así a la dinámica de mercado, apostando por políticas socioeconómicas y a un desarrollo científico propio de las distorsiones ideológicas que el mismo capitalismo engendra para su reproducción, olvidando implicaciones como la alienación que genera el dominio psicocultural, la promoción de productos y servicios de la industria farmacéutica y las formas en la cotidianidad de vidas estresadas (Benach *et al.*, 2017).

El dolor en las sociedades modernas corresponde a una estructura cultural, una experiencia que se expresa y se comparte, que proporciona pautas de conducta, haciendo de la enfermedad un

asunto social y político (Ilich, 1975). Según Fassin (2004) la salud es una relación del ser físico y psíquico por un lado y del mundo social y político por el otro. Sostiene que esta relación no se trata de un simple orden fisiológico, biológico o sensible que lleve a conclusiones de buena o mala salud, sino a la construcción histórica de la misma que permiten imponer, desde lo social y lo político, lo que es y lo que no es. Por supuesto, esta construcción ha determinado las prácticas institucionales y a orientado, ideológicamente, cómo tratar los desórdenes del cuerpo y la mente.

Ante la pregunta de dónde surge y cómo se legitima el conocimiento en torno a la salud mental, Foucault (1989) comenta que los tratamientos y explicaciones son realizados desde el saber especializado y responden a una disposición donde los métodos clínicos han sido de “orden negativo: olvido, ilusión, ocultación” (p. 88). Sin olvidar que, según este mismo autor, el saber médico objetiva la definición de la enfermedad mental desde una relación vertical que jerarquiza saberes; legitimando unos y denostando a otros (Foucault, 2001). Desde mi punto de vista, esta situación no permite la integración de conocimientos que contemplen aspectos culturales, económicos y políticos que constituyen el contexto en el que se ven inmersas las personas que han sido diagnosticadas.

La objetividad del conocimiento psiquiátrico se basa, entre otras cosas, en lo que se espera de una conducta normalizada y estandarizada en manuales especializados, además de identificar posibles desviaciones que contravengan el discurso dominante en torno a la conducta, signos propensos a patologizar, diagnosticar y explicar un síntoma mental; sin embargo, en este proceso no se puede dejar de lado la interacción social ni las representaciones sociales que influyen en los médicos (Berrios, 2008). No olvidemos lo propuesto por Ilich (1975), quien comenta que el médico actúa como agente de un medio social, ético y político, que impregna en su análisis su visión del mundo. En este sentido, Laín (1961) señala que erraría quien piense que la actitud médica y la

actitud patológica son realmente excluyentes una de la otra en el seno de cualquier situación histórica.

En la actualidad la información sobre la salud mental ha tenido una presencia muy importante en todos los medios; la depresión es la condición más señalada y común. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) las cifras más preocupantes apuntan a que la depresión es padecida por 300 millones de personas en el mundo; y de acuerdo con la Encuesta Nacional de los Hogares 2015, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, al menos 34.5 millones de personas en México se han sentido alguna vez deprimidas, siendo las mujeres en quienes se registra con más frecuencia el padecimiento. La OMS (2018) definió la depresión como una enfermedad distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

En términos psiquiátricos y psicológicos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) establece que la depresión es una enfermedad donde los síntomas se representan con base en la información subjetiva del paciente: el estado de ánimo, poca capacidad para tomar decisiones, la culpabilidad, entre otros. Los factores de riesgo son multifactoriales, sociales, cognitivos, genéticos y/o por consumo de alcohol y tabaco. Según la Secretaría de Salud (2015) entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan:

- a) Ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y, h) la migración. (p. 9)

En este lenguaje se deben considerar las realidades aparentemente triviales de la salud como elementos portadores de sentido que requieren un trabajo de interpretación: dimensiones jurídicas, morales, intelectuales y tecnológicas (Fassin, 2016). Por ejemplo, difícilmente puedo evitar preguntarme cómo es que en el lenguaje estadístico y dominante de la depresión tiene más presencia la mujer; además, como entender que, entre las variables expuestas por la Secretaria de Salud, aparece en primera instancia, el ser mujer.

Para entender esta situación histórica es necesario dar cuenta de las relaciones de poder que intervienen en las formas de organización que derivan del dominio cultural, las llamadas tecnologías del género (De Lauretis, 1989). Éstas se observan y operan en los cargos que han ocupado las mujeres en el trabajo, en las cargas del hogar, en el cuidado de la niñez, y todas aquellas labores que se acuñan a las mujeres como prácticas propias de su género, incluyendo las funciones reproductivas, a la cuales también se les atribuyen valores relacionados con su capacidad para enfrentar la vida desde lo afectivo. De acuerdo a lo anterior, considero que dichos aspectos impactan en la forma en que se acepta y se define la salud mental de las mujeres, pero también, como se regulan sus conductas en el cumplimiento de los roles sociales establecidos en cada sociedad de acuerdo al esquema predominante que estereotipa tanto lo masculino como lo femenino.

En este orden de ideas, a los síntomas de la depresión se le atribuyen explicaciones desde las funciones reproductivas de la mujer: la menstruación, el posparto y la menopausia (Linardelli, 2015). Se asocia a la depresión con debilidad, con una moda, con la locura, con la sensibilidad atribuida a la figura femenina. Existe además una banalización social del término depresión que trasluce expresiones como “una depre” o un “bajón”, que lejos de aportar, hacen de ella un estado que raya en el romanticismo de la melancolía. Pero, ¿cómo definen las propias mujeres su estado

de salud? ¿Cómo entienden su diagnóstico? ¿Cómo socializan ese diagnóstico? ¿Qué explican de ellas con ese diagnóstico?

El que tenga tanta presencia la depresión, hace de ésta un objeto de representación. Moscovici (1979) señala que las representaciones sociales son un “corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (p. 17-18). Flores-Palacios (2010) plantea que analizar una representación social implica tomar una postura frente al objeto, ya que, para que un objeto sea parte de una representación social debe cumplir con ciertas características, como que éste tenga relevancia dentro del grupo, sea algo de lo que se hable y que tenga un significado inserto en la cultura.

En los ámbitos de la salud, las representaciones sociales proporcionan los saberes populares de los mundos locales, mismos que suelen contrastar con un modelo biomédico dominante que enuncia y diagnostica a través de signos y síntomas particulares para expresar su objetividad (Mora-Ríos y Flores 2012). Así, aunque el objeto, la depresión, haya sido definido por la explicación médica, siempre será un objeto compuesto que, más allá de una definición fiel y objetiva, su representación social integra las experiencias de cada sujeto, en este caso, en relación a la depresión.

El objeto de estudio en esta investigación son las representaciones sociales sobre la depresión que las mujeres, desde su experiencia, han construido a partir de su diagnóstico. Es ahí donde puedo encontrar formas de interpretación de una realidad apropiada por ellas y los significados compartidos dentro del grupo al que pertenecen. El estudio se realizará en *Santorales*,

localidad de la ciudad de Mexicali, Baja California, México. Colonias urbanas de rezago, que más adelante describiré; donde se configuran, desde condiciones estructurales específicas de desigualdad, hasta dimensiones espaciales y simbólicas, que son parte de la identidad social; y que retomo porque las condiciones económicas son una fuente determinante de las representaciones sociales (Ibáñez, 2001). En este sentido, la pregunta que guía la presente investigación es: ¿Cuáles son los significados que componen las representaciones sociales de la depresión en mujeres, construido por mujeres, previamente diagnosticadas, que habitan en un entorno urbano precario como *Los Santorales* en Mexicali, Baja California?

Mi posicionamiento reside en que las conductas de la mujer, más allá de las predisposiciones genéticas, no sean siempre patologizadas y ajustadas, ya que “la normalización puede revestir formas múltiples, desde el compromiso violento hasta el autocontrol” (Fassin, 2004, p. 294). Y para que esto pueda suceder, es importante reconocer el esquema de significados culturales en el que las mujeres que han sido diagnosticadas se encuentran inmersas, que las circunstancias de su vida sean fuente de conocimiento y elemento para una reflexión epistemológica; esto a su vez proporcionará un conocimiento más integral y horizontal con el saber médico y sus tratamientos para quienes lo necesitan.

Parto de la premisa que las mujeres le dan una explicación a sus condiciones adversas a través de su depresión, asociándola a una cuestión de fuerza o debilidad en su cumplimiento de roles impuestos; lo que impacta en la forma en que se acepta y se define la salud mental. Su diagnóstico se vuelve ese dispositivo de enunciación (Spivak, 1998), no su vida ni su experiencia, sino un saber del lenguaje médico dominante que delinea sus conductas y las de los demás hacia ellas, las que se les han atribuido desde su condición de género y clase.

Para ello, retomo a Moscovici, quien comenta que las representaciones sociales “se cristalizan en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro” (1979, p.15), elementos de un universo simbólico. Asimismo, Gonzalbo (2006) señala, que lo cotidiano dota a los individuos de personalidad dentro del análisis, pues ya no sólo se habla de masas homogéneas y de estructuras sociales, sino de las personas en su individualidad. Es referenciar la manera en la que los individuos o el grupo le confieren sentido a sus conductas, a través de su sistema de referencias que les permite un dominio del entorno social. “La vida cotidiana, con sus valores implícitos y sus reglas de comportamiento, equivale a un juego de estrategias en el que existe cierta libertad, siempre que no rebase los límites de los movimientos autorizados” (Gonzalbo, 2006, p. 37).

## **1.2 Objetivo general**

Identificar las representaciones sociales sobre la depresión en la mujer, construidas por las mujeres que han sido diagnosticadas, que habitan en el entorno urbano precario de los Santorales, Mexicali, Baja California.

### **1.2.1 Objetivos específicos**

- Identificar las condiciones económicas, laborales y familiares en las que viven las mujeres diagnosticadas con depresión.
- Conocer el significado/imagen que las mujeres diagnosticadas con depresión le atribuyen a su padecimiento antes y después del diagnóstico.
- Analizar lo que piensan y sienten las mujeres diagnosticadas con depresión de la condición de salud en la que viven.

### **1.3 Contexto. Santorales, Mexicali, Baja California, México.**

Mexicali es un municipio que fue fundado hace 116 años, y según la Encuesta Intercensal de INEGI (INEGI, 2015), cuenta con una población de 988,417 habitantes. Mexicali posee condiciones ambientales y sociodemográficas particulares que lo diferencian de otros municipios del Estado; tiene ventajas competitivas por su colindancia con Estados Unidos de América, pero también convive con dificultades socioculturales y de salud, como las temperaturas que llegan a alcanzar hasta los 50 grados; enfermedades respiratorias como el asma y las alergias; la amiba libre; la rickettsiosis; entre otras (Ley, 2014, p.229). Además de un fenómeno migratorio que no sólo hace de esta ciudad un lugar de tránsito, sino hogar definitivo de migrantes, especialmente de Centroamérica y el Caribe.

La vecindad con Estados Unidos ha delineado una dinámica muy particular en la estructura social. El desarrollo geográfico desigual propio de los países capitalistas, revela que el espacio se define por la circulación de capital, no como algo dado bajo la casualidad, sino dentro de una lógica de acumulación (Harvey, 1990), así se pueden entender las condiciones específicas de la zona. Según Santos (1986) esta racionalidad consiste en que algunos lugares reciben innovaciones antes que otros, para tener así la posibilidad de influir sobre los demás, dejando a los otros en un ciclo del capital, en una situación de retraso. En este caso la frontera representa un interés especial para el capital, sobre todo en un contexto como el de una economía de primer mundo con un país como México; y específicamente en la ciudad de Mexicali y su valle.

En Mexicali se encuentra Santorales, una localidad que popularmente adoptó ese nombre por estar formada por colonias que tienen nomenclatura de santos, su nombre originalmente es Santa Isabel; se encuentra dentro de la Delegación Progreso ubicada al poniente de la periferia de

la ciudad, muy próxima a la línea internacional. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), Santorales tiene 29,311 habitantes, 14,903 hombres y 14,408 mujeres (INEGI, 2010).

Para muchas personas Santorales ha representado una fotografía intacta en el tiempo, un lugar que con el paso de los años no ha cambiado; porque a pesar de tener tanto tiempo de fundada, aún sus calles son en su mayoría vialidades de terracería, y los canales de riego de algunas parcelas, son parte del panorama local. Esto podría explicarse por lo que plantea Ley (2011), quien describe cómo es que en Mexicali han existido dos momentos que coinciden con la transformación mundial del capitalismo. El primero, la autora lo llama “momento rural”, que abarca la década de los cuarenta y cincuenta y es donde la producción agrícola representaba la economía local. En los años sesenta llegó “el momento urbano” y se presenta una aceleración de la industria. Esto configuró la ciudad, acelerándose su crecimiento hacia el oriente, dejando en la actualidad a Santorales en un área de espacialidad segregada, en una especie de mezcla de vida urbana en “atraso” que sigue teniendo paisajes rurales.

El año 2009, como explica Zermeño *et al.* (2013), fue un momento complicado, ya que a nivel mundial y nacional las instituciones de salud estaban enfocadas en la influenza H1N1, mientras en Santorales morían personas de todas las edades sin ninguna explicación aparente. Recuerdo que la comunidad acudió en diversas ocasiones a los medios de comunicación para denunciar los hechos y lograr que el gobierno prestara atención; aunque sin éxito. Al principio no se determinó con precisión la causa de los decesos. Pasadas algunas semanas se dio la noticia que se trataba de un brote epidemiológico de rickettsia.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La Secretaría de Salud (2017) considera como rickettsiosis a las enfermedades de origen bacteriano del orden de las rickettsiales que son transmitidas por la picadura de vectores. El Tifo murino o endémico (causado por *Rickettsia typhi*) transmitido por pulga,

Aunque al principio se planteó el tema desde los análisis de los especialistas de la salud, se fue haciendo cada vez más evidente que el problema de la zona tenía que ser abordado desde distintas disciplinas, pues existían factores sociales y culturales que se estaban olvidando. Las condiciones de precariedad en que se encuentra la zona han sido expuestas desde el brote epidemiológico, ya que éste evidenció que la población se encontraba muy cercana a grandes industrias contaminantes como la Termoeléctrica y la empresa multinacional de la industria cárnica Sukarne. También dejó claro que los canales de riego que aún atraviesan estas colonias eran un foco de infecciones.

Los discursos oficiales estaban dirigidos a la falta de higiene de los pobladores, pues esa bacteria era transmitida por las garrapatas de los perros. Que éste fuera el vehículo de la enfermedad justificó que se culpaba de la situación a los residentes y se hacía hincapié en que la suciedad en la que se vivía originó el problema. Todo esto evidenció las representaciones acerca de la pobreza, los pobres y su relación con la higiene y la salud. Rodríguez *et al.* (1999) señalan que “Las representaciones acerca de los pobres y la pobreza contribuyen en gran medida al sostenimiento de la desigualdad social y a la invisibilidad de la misma” (s/p). Sostiene que los discursos producen y reproducen la estigmatización de los “otros”. Las imágenes que se construyen en las descripciones de hechos son elocuentes con respecto a este reforzamiento.

Estas representaciones se volvieron procesos de exclusión que se han configurado como parte constitutiva de la organización socioeconómica de Mexicali. Se ha representado a la pobreza, en este caso en Santorales, como un estado y no como lo que es: un conjunto de relaciones; lo que no permitió abordar el fenómeno del brote epidémico con más complejidad desde un inicio. Quedó

---

el Tifo exantemático o epidémico (causado por *Rickettsia prowasekii*) transmitido por piojo y la Fiebre manchada de las montañas rocosas o FMMR (causada por *Rickettsia rickettsii*) transmitida por garrapatas.

claro que: “la estigmatización de los pobres es más evidente en contextos donde predomina una visión de la pobreza atribuida a causas individuales, lo que genera un discurso moralizador” (Bayón, 2012, p.148). Así como se culpa a los pobres de su propia situación cuando “no hacen lo suficiente”, volviéndose un atributo descalificador. Se deja de lado que los individuos construyen sus historias individuales y colectivas desde sus condicionamientos objetivos y que más allá de ser un habitante de la ciudad, es en los encuentros de la vida cotidiana donde se construye y reconstruye, se imagina y reimagina el escenario (García, 1997).

Bayón (2012) afirma que: “Las representaciones de los sectores más desfavorecidos son casi siempre espacializadas y su valoración negativa suele traducirse en una patologización de sus espacios (barrios, escuelas, calles, etc.)” (p. 134). Moscovici (1979) plantea que la forma en que se comunican los individuos de cada población está influenciada por su situación social y grado de instrucción. Señala que, en el grupo, que él define como que puede ser una clase social:

Existe una relación entre la jerarquía de los grupos profesionales y las fuentes de información. [...] aunque no se trate de una ordenación perfecta, sin embargo, se puede comprobar que existe un orden de las fuentes de información relacionado con la organización estratificada de la sociedad. (p. 63-64)

Ibáñez (2001) expone que “las fuentes de determinación de las representaciones sociales se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad determinada y el sistema de valores que circulan en su seno” (p. 178). Ya que en la vida cotidiana no se separa de las estructuras económicas.

Por supuesto, la rickettsia no es el único asunto de salud pública que se presenta en la región, los padecimientos mentales también tienen lugar. Según el Comité de Planeación para el

Desarrollo Estatal (2017) en Baja California, en 2016 la depresión ocupó el lugar número 20 como causa de enfermedad en el Estado; este panorama se analiza como un incremento de los padecimientos no transmisibles en el peso de la enfermedad. Este documento plasma que:

El Observatorio Estatal de Baja California de los Padecimientos Psiquiátricos (2013) reporta que el 20.41% de la población presenta algún trastorno mental, el 53.3% hombres y el 43.7% mujeres. Los principales trastornos son: Ansiedad, Trastorno Depresivo, Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos y Trastornos por consumo de sustancias. Por demanda de servicio en la consulta externa del IPEBC, el 20% es por Depresión y Trastornos del Afecto, 19% por Trastornos de Ansiedad, 18% por Trastorno Bipolar, 14% por consumo de sustancias, 8% por Esquizofrenia y 21% engloba a otras causas. (p. 32)

Aunque los casos mentales aparecen en todos los niveles socioeconómicos, es en las condiciones de desigualdad donde la presencia de la depresión implica menores oportunidades de desarrollo individual y social, lo que genera un ciclo de reproducción de la pobreza. Además, las asimetrías en las actividades generalmente asociadas a los roles de género de hombres y mujeres contribuyen a que las experiencias de la vida cotidiana sean más adversas para las mujeres (Bruel, 2008). Las condiciones de precariedad están unidas al concepto de pobreza, a la ausencia de derechos elementales y también está determinado por un espacio social y físico donde las y los actores, a través de una dimensión cultural, le dan sentido a su situación y experiencias, reconfigurando las representaciones sociales, y donde se ejerce el poder a través de la jerarquización como forma de violencia simbólica (Bourdieu, 1999).

Las representaciones de la salud-enfermedad contienen la forma en que se le da significado al mundo, comportamientos y actitudes, que pueden explicar las anomias y lo que puede hacer

sentir amenazada a la sociedad. El hecho de que existan sociedades desiguales y dentro de éstas la segregación de territorios en marginalidad, vuelve importante situar el análisis desde una perspectiva más amplia de las condiciones que han generado históricamente esta posición, una realidad más comprensiva.

#### **1.4 Estado del Arte**

Existe una amplia producción de investigaciones de corte sociológico que se han enfocado en la relación de la depresión con la posición que ocupa la persona dentro de la estructura social y las interacciones que resultan. Por ejemplo, Blanco y Díaz (2006) plantean la relación del orden social y la salud, siendo la percepción del bienestar de las personas, un factor determinante en su salud mental. Ortiz *et al.* (2007), analizan la relación entre la desigualdad económica y los trastornos mentales concluyen que es imposible indagar sobre las causas que vinculan ciertos trastornos mentales con la desigualdad socioeconómica, pero que no se debe de separar el análisis del contexto particular, ya que es ahí donde adquirieron un significado los datos. Los autores puntualizan que siempre habrá cierto grado de autonomía individual que resultará muy difícil de evaluar.

Estos dos trabajos plantean dos perspectivas distintas, si bien, los dos retoman la situación socioeconómica como eje de sus análisis, el primero habla de órdenes y características internas de los actores (lo que piensan, perciben, concluyen); el segundo, lo retoma como algo fuera del individuo (desempleo, consumo de sustancias, escolaridad). Álvaro *et al.* (2010), indagan cómo es que hay grupos sociales que tienen una mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos que otros, y por qué los síntomas asociados a la depresión no se distribuyen de forma aleatoria entre la población. Lo que este autor hace evidente, es que los diferentes enfoques explicativos

cognitivos, no son suficientes para explicar este padecimiento; es decir, que no sólo se trata de las representaciones que los actores se originan en su mente, sino recalca que es un error ignorar las determinantes sociales de los contextos en las causas de la depresión. El trabajo de Álvaro *et al.* (2010) es la unión de dos perspectivas que siempre se han abordado de forma paralela.

Algunos de los trabajos que se han hecho recientemente me han ayudado a definir más la forma en que emplearé la teoría, así como la manera de abordarlos. Por ejemplo en los trabajos de Jiménez (2011) y Zapata (2014) se reconoce la influencia que tienen los contextos sociales, culturales y políticos a los que pertenecen las personas que han experimentado depresión, además que también tiene una relación con la construcción de género, pues en ambos trabajos y a partir de entrevistas, logran recuperar las experiencias de mujeres que en su cumplimiento de los roles sociales establecidos en cada sociedad desde el modelo de feminidad, suponían relaciones de dominación.

Otras posturas se construyen desde los feminismos; sobre todo la crítica a la medicalización de la sociedad. En el trabajo de Linardelli (2015) se analiza a la medicalización de la vida social como resultado de la hegemonía biomédica. Introduce las contribuciones de los estudios de género y feministas, así como la interseccionalidad como herramienta analítica y concluye que el saber médico en general y en particular el de la salud mental, hacen de la salud un bien de compra-venta, dentro de un amplio entramado de determinaciones sociales, políticas, culturales y económicas.

Desde una perspectiva sociológica y utilizando la teoría de género, Pilar Montesó (2008) en su tesis doctoral “Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en mujeres”, tiene como objetivo conocer las causas y consecuencias de la depresión en las mujeres y entender cómo los valores, comportamientos, roles y actitudes asignados a las mujeres en la cultura,

aparecen como factores relacionados con la depresión. Para la autora las desigualdades que experimentan las mujeres son consecuencia de una deteriorada salud mental, ya que la mujer es socializada en una cultura androcéntrica, que la pone en una gran desventaja.

En su recorrido del marco teórico Montesó (2008) cree necesario hablar de la construcción de la enfermedad en lugar de definir el concepto de salud mental, pues la enfermedad no se puede analizar como una identidad en sí misma, sino que son categorías intelectuales elaboradas por la medicina en un proceso histórico. Y agregaría yo desde mi interés, categorías creadas desde sociedades distintas con significados particulares. De aquí la importancia de estudiar una localidad como Santorales en una ciudad fronteriza como Mexicali.

Montesó (2008) entre varios objetivos que se plantea, el que más me concierne por la población que seleccioné para el presente trabajo de investigación, es analizar los aspectos sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, que capta a través de la biografía obtenida en la investigación de campo. El acercamiento metodológico que Montesó utilizó fue de corte cuantitativo y cualitativo. Realizó 183 encuestas a personal sanitario. El método cualitativo fue un acercamiento a través de la entrevista a 16 profesionales de la salud y 112 pacientes. En la última fase se realizaron 317 encuestas telefónicas. Entre los resultados, sobre todo del análisis cualitativo, plasma la percepción de los pacientes de lo que es la depresión; ellos la describían no como una simple tristeza sino como algo terrible. Muchas veces las mujeres relacionan sus síntomas con debilidad, pero nunca relacionan sus dificultades con el hecho de ser mujeres ni con la situación social de su entorno.

Algunas investigaciones como la de Londaño y González (2016) se han concentrado en detectar los factores asociados a la prevalencia de la depresión en hombres; desde lo

sociodemográfico hasta factores personales, que fueron analizados a través del método cuantitativo. Lo que retomo de este trabajo, es el puntualizar que la depresión es padecida por hombres y mujeres, pero cada uno tiene características sociales diferentes a las que se enfrentan desde su condición de género.

En las investigaciones sobre representaciones sociales referentes a la salud mental, he encontrado en su mayoría las de naturaleza cuantitativa asociativa. Estas se centran en la teoría de un núcleo central y sus elementos periféricos; es decir, retoman el enfoque estructural. Como el trabajo de Torres *et al.* (2015), un acercamiento a una población en Guadalajara, para conocer desde un marco cultural los conceptos de salud mental y enfermedad mental en adultos. Utilizaron la perspectiva teórica y metodológica de las representaciones sociales y a través de técnicas asociativas e interrogativas evidenciaron que las representaciones que se tienen sobre la salud mental estaban identificadas con emociones positivas como tranquilidad y estabilidad; y las representaciones sobre la enfermedad mental estaban más cercanas a la asociación de la locura.

Otros documentos como la investigación planteada por Mora *et al.* (2014) “Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales”, utilizan una combinación de técnicas para la recolección de datos. Retoman la importancia de la aproximación de los temas de la estigmatización a la enfermedad mental, pero de una forma más amplia. Desde la psicología social recuperan la clasificación de los estigmas en dos tipos: el público, que tiene que ver con el imaginario colectivo; y el internalizado, que tiene que ver con el autoconcepto.

Centrándose en el primer tipo, plantean la necesidad de que en los estudios sobre estigma se tomen en cuenta factores como discriminación del personal médico, nivel socioeconómico,

variables socioculturales y género. Esta investigación se propuso como objeto de estudio explorar las representaciones de la enfermedad mental en distintos sectores del sur de la Ciudad de México, para acceder al universo de significados y prácticas sociales en relación al proceso de salud-enfermedad. La guía teórico-metodológica fue la de las representaciones sociales, y a través de distintos métodos como entrevistas grupales, asociación libre y cuestionario semiestructurado, trabajó con 637 informantes. Para el análisis de los datos empleó una triangulación de la información.

El resultado fue el predominio de una visión negativa y estereotipada de la enfermedad mental, ligada al contagio y a la distancia social que se expresa en apodos, atributos y sobrenombres, pues la enfermedad genera miedo, rechazo, compasión y desconfianza. Las autoras reconocen que en el caso específico de las representaciones de la salud-enfermedad se conjugan aspectos históricos, simbólicos, emocionales y culturales que se traducen en prácticas sociales.

La investigación de Betancur (2016) en un trabajo de naturaleza cualitativa, desde la teoría fundamentada en el enfoque procesual de la teoría de las representaciones sociales, indagó en los criterios que definirían la presencia o ausencia de salud mental y la forma en que trabajan en la atención desde su profesión. La muestra consistió en quince profesionales que trabajaban en diferentes áreas relacionadas con la salud mental, y se realizaron entrevistas semiestructuradas. Sus resultados arrojaron que hay cuestiones “no científicas” que atraviesan la práctica profesional. En el caso de los profesionales, la salud mental se constituye en un objeto en cuyas representaciones sociales convergen saberes que provienen, tanto de sus procesos de formación como de su vida cotidiana.

Otra investigación, realizada desde el enfoque procesual y que además es puente epistémico entre la categoría de género y la teoría de las representaciones sociales, en aportación a los temas de salud en entornos marginales, es el trabajo realizado por Mora-Ríos y Flores (2012) “Intervención comunitaria, género y salud mental. Aportaciones desde la teoría de las representaciones sociales”, donde plantean que en México la atención a la salud mental no promueve la participación de la comunidad para tener un conocimiento más integral y horizontal, tampoco se toma en cuenta la especificidad de la enfermedad en mujeres y hombres y pocos programas que se autodenominan comunitarios, son realmente asistencialistas. Las autoras señalan que “es en los escenarios de la vida cotidiana de las comunidades donde se evidencia de qué manera se entrecruza lo mental con estructuras sociales y políticas” (Mora-Ríos *et al.*, 2012, p. 361).

Al no corresponder los servicios de salud con las necesidades de la población, Mora-Ríos y Flores, buscan conocer las representaciones sociales del malestar y el bienestar en la población adulta de una comunidad marginal, saber qué piensan, qué imaginan y qué conductas resultan de esas representaciones, ya que en el marco de las representaciones es posible conocer las intersubjetividades de un grupo. Trabajaron a través de la triangulación metodológica de investigación acción y observación participante empleando las aproximaciones procesuales, así como la recolección de la información dirigida a conocer la experiencia subjetiva en relación a los significados y las prácticas sociales.

Dejan claro que es un gran desafío abordar la dimensión cultural y además abordar las dimensiones económicas y políticas para lograr la complejidad que el tema requiere, pero se puede desarrollar un modelo de intervención que involucre la participación activa de la población en el proceso de corresponsabilidad de los programas de salud.

## Capítulo 2. Marco teórico conceptual

En este apartado haré un breve recorrido histórico del concepto de depresión, para entender cómo ha estado unido a contextos específicos, determinando quién la padece y cómo la padece. Mi finalidad no es construir una genealogía médica, más bien es abordar el conjunto de representaciones que atraviesan su conceptualización, ya que como plantea Rubin (1986), “en ninguna parte están mejor documentados los efectos sobre las mujeres de los sistemas sociales dominados por los hombres que en la literatura clínica” (p. 118).

Para lograr el objetivo de esta investigación retomaré las autoras y los autores clásicos de la teoría de las representaciones sociales, abordar el concepto y sus alcances para el análisis de la realidad social, con el objetivo de explicar su relación con los temas de salud mental. La teoría de las tecnologías y las tecnologías del yo, de Foucault, serán elementos importantes para el diálogo con las propuestas feministas, las representaciones y el abordaje a la experiencia.

### **2.1 Representaciones sociales**

El concepto de representación social ha sido retomado por muchos autores para hacer referencia al conocimiento del sentido común, el cual está ligado a las visiones del mundo, las actitudes y prácticas colectivas. Este funciona como una herramienta para la interpretación de la realidad social, misma que se construye a través de la interacción entre los individuos y el entorno en el que se desenvuelven cotidianamente. Elementos que, en conjunto con el contexto sociocultural, determinan tanto sus comportamientos como la forma en que perciben el mundo.

La conceptualización de las representaciones sociales como herramienta epistemológica dentro de los estudios referentes a lo social, se remonta a los planteamientos del sociólogo francés

Émile Durkheim a finales del siglo XIX. El autor expone una de las primeras nociones del concepto de representaciones colectivas, otorgándole un papel central en su teoría sociológica del conocimiento. Tras la búsqueda por distanciarse de las ideas predominantes de su época, sustenta sus formulaciones teóricas en una crítica en contra del epifenomenismo, tradición con una visión biologicista ligada a la psicología individualista, corriente que ve la conciencia como un elemento secundario. Ante esto, se plantea un tipo de conciencia colectiva que determina a los individuos y que es distinta a la conciencia individual. En este sentido, para el autor las representaciones son categorías abstractas construidas colectivamente, y señala:

Las representaciones colectivas traducen la forma como el grupo se piensa en sus relaciones con los objetos que lo afectan. Para comprender cómo la sociedad se representa a sí misma y al mundo que la rodea, precisamos considerar la naturaleza de la sociedad y no la de los individuos. (Durkheim, 2000, p. 79).

Aunque mucho se ha dicho que Durkheim no desarrolló el concepto de representaciones colectivas, lo cierto es que en su obra *Las formas elementales de la vida religiosa*, centra su esfuerzo por construir, de forma objetiva, esa categoría que le permita explicar el entendimiento con que el ser humano concibe, manifiesta y representa el mundo que lo rodea, por su puesto, desde una perspectiva social, derivando así en el concepto ya mencionado.

En este texto dejó claro que su fin no es dedicarse al estudio de las religiones, pero lo retoma porque lo llevaría a “renovar problemas que, hasta ahora, sólo se han debatido entre filósofos” (Durkheim, 1978, p.14), y señala que las representaciones religiosas (como otras representaciones) surgen en el seno de los grupos y “que están destinadas a suscitar, a mantener o a rehacer ciertos estados mentales de esos grupos” (p.15). De esta forma, Durkheim, reforzó la

idea de que el individuo está dotado de conciencia, pero la adquiere de una sociedad dada, es decir, una sociedad de hechos sociales anteriores a los individuos. Por lo tanto, advierte que es imposible conocer por completo las representaciones sólo desde lo que la psicología proponía, individuos tomados aisladamente.

En la segunda mitad del siglo XX, el psicólogo rumano Serge Moscovici (1979) retoma el concepto de Durkheim en un deseo de desarrollar la psicología social lejos del positivismo filosófico imperante y de la tradición de la disciplina de centrarse sólo en el individuo y en pequeños grupos. Lo innovador del planteamiento de Moscovici (1986) y que lo diferencia del trabajo de Durkheim, consiste en señalar más una producción de sentido que una reproducción: “Quería redefinir los problemas y los conceptos de la psicología social a partir de este fenómeno (las representaciones), insistiendo en su función simbólica y su poder para construir lo real” (Moscovici, 1986, p.9).

Resultaba importante para este autor, que el lenguaje común no se clasificará en un nivel más bajo que el científico. Reconocer esto significaba un campo de riqueza para el conocimiento social. Moscovici (1986b) planteaba:

Caracterizar el pensamiento de sentido común como algo distinto al pensamiento científico y explicar cómo una nueva teoría científica se transforma al ser difundida socialmente y de cómo esto cambia la visión de la gente sobre determinados objetos o situaciones (p. 678)

Las representaciones sociales son una manera de profundizar en el contenido en dos cosmos, el individual y el colectivo. En este orden de ideas, los cambios sociales se deben explicar no solo por aquello que logramos ver, sino, por la forma en que dentro de la mente de cada individuo se le dio una interpretación; y a su vez, comprender que las interpretaciones, aunque tienen un grado de

autonomía, están impregnadas de la experiencia social. Esta pequeña reflexión es entendiendo que el individuo es capaz de crear su universo, imaginarlo y comunicarlo.

La forma de opinar, actuar o reaccionar ante algún fenómeno es diferente porque los individuos piensan y sienten diferente, construimos con subjetividad nuestra realidad social. El valor heurístico de las representaciones sociales es ofrecer los recursos para explicar las prácticas cotidianas y los sistemas de significaciones que surgen de las relaciones sociales, y de la búsqueda de darle una explicación familiar a los fenómenos que nos rodean. Wagner *et al.* (1999) describe: “En lugar de imaginar a las representaciones dentro de las mentes es mejor imaginarlas a través de las mentes, como si fueran una especie de red tejida por las personas mediante sus conversaciones y sus acciones” ( p. 96).

Wagner expresa un intercambio entre el yo y el colectivo, que es una comunicación en ambos sentidos. Creo que una de las preguntas a las que esta teoría pretende dar respuesta es ¿Qué parte de lo social se encuentra en la mente? y esto también tiene que ver que sea una teoría más desarrollada desde los terrenos de la psicología social; precisamente, la definición más retomada de las representaciones sociales proviene de esta disciplina, y es propuesta por Jodelet (1986) quien considera lo siguiente:

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. (p. 474).

Este concepto propone una forma distinta de darle lectura a la realidad social desde la experiencia cotidiana. Sin olvidar, tal y como lo enfatiza la autora, considerar a las representaciones sociales como elementos históricos y no estáticos.

Cuando Jodelet (1986) plantea que “toda representación social es representación de algo y de alguien” (p.475), se refiere a un objeto de representación, con el cual se interactúa, y a un sujeto, inmerso en un contexto específico, que construye esas representaciones. Por tanto, el carácter de las representaciones no es inamovible, sino que se modifican y crean nuevas representaciones sociales conforme se presenta un objeto que resulte novedoso para el grupo, eso a lo que se le tiene que dar una explicación, que no se encuentre inmerso en la cultura del grupo al que pertenece y que no sea familiar. “[...] este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. [...] en otros términos se trata de un conocimiento práctico” (Jodelet, 1986, p. 473).

Es un consenso en la forma a la que se le dio una explicación a la realidad y al mundo que nos rodea. Aunque por supuesto existen representaciones que se encuentran tan arraigadas que difícilmente se perciben y se cuestionan; por ejemplo, en las sociedades occidentales sería la existencia del Estado, el género, etc. Pero, ante lo novedoso intervienen varios niveles de complejidad, para lograr integrar el objeto a lo familiar. Moscovici (1979) en su trabajo sobre el psicoanálisis, tenía como objetivo conocer cómo es que este se había convertido en una categoría del lenguaje común y cuáles eran las representaciones que se habían construido sobre el psicoanálisis. Señaló que esto ocurre a través de dos procesos de orden psicológico y social, objetivación y el anclaje.

La principal función de la objetivación es captar las estructuras significantes que se encuentran en el pensamiento social para que los sujetos le den entendimiento a través de sus

sistemas de referencia (Jodelet, 1986). Moscovici (1979) describe que: “Objetivar es reabsorber un exceso de significaciones materializándolas [...] También es trasplantar al plano de la observación lo que solo era interferencia o símbolo. [...] Se sustituyó lo percibido por lo conocido” (p. 76). Por otra parte, el anclaje, es el resultado posterior de la objetivación, si en este último se concretiza la información abstracta en conocimiento concreto, el anclaje la asociación entre el conocimiento constituido por distintos significados con “eventos, acontecimientos, significados extraños a categorías y nociones familiares dentro de un grupo social específico” (Rodríguez, 2009 p.19).

### **2.1.1 Representaciones sociales y su relación con la salud mental.**

Según Sousa (2008), uno de los principales alcances de la teoría de las representaciones sociales se ha dado en el ámbito de la salud, al plasmarse los saberes populares de los mundos locales y rescatar la subjetividad de la experiencia en relación con la construcción de la relación salud-enfermedad. Sontag (2016) con la herramienta de análisis de la enfermedad-metáfora examina la forma en que ciertas enfermedades originan actitudes sociales que pueden resultar más dañinas para el paciente que las enfermedades mismas. Es decir, que, contrario a lo que se pudiera pensar, más allá de una configuración biológica, las enfermedades y sus repercusiones pueden ser construidas desde lo cultural a partir de parámetros morales y religiosos.

Las representaciones de la relación salud-enfermedad contienen la forma en que se le da significado al mundo. Comportamientos y actitudes pueden explicar las anomias y lo que hace sentir amenazada a la sociedad. Según Sousa, las enfermedades metáfora perpetúan la idea del miedo y la muerte y se conforman mayoritariamente de un carácter ideológico y político que “Más allá de su carácter de sufrimiento e infelicidad, ellas son construidas socialmente como mitos, a

través de los cuales, los miembros de los grupos expresan su coerción y cohesión en torno de la organización social” (2008, p. 161).

Sontag (2016) plantea, con el ejemplo del VIH sida en nuestra sociedad, cómo es que el carácter moral que rodea a esta enfermedad ha dado pie a que tenga tanta presencia y atención, a pesar de existir otras enfermedades que causen muchas más muertes; el hecho de que la sexualidad se encuentre como tema central, remueve los valores y las creencias de la sociedad: se le explica al sida desde la tradición religiosa como un castigo colectivo.

Cuando Levi-Strauss (1995) planteó la eficacia simbólica, demostró de una manera empírica que la relación enfermedad-salud no se trataba solamente de evidencia orgánica individual, sino que está relacionada con las características de cada sociedad, es aquí, que más allá de una constitución biológica se trata de una construcción social que comienza desde la enunciación hasta la forma en que se abordará el padecimiento. En este sentido, el antropólogo francés, afirma que cada sociedad, utiliza categorías, acordes a su visión del mundo y a su organización social, como salud-enfermedad que explican fenómenos como el sufrimiento, la vida y la muerte, significaciones culturales aceptadas, reproducidas y legitimadas, que imponen pautas normativas de y para los grupos. Por tanto, el éxito de la eficacia simbólica radica en que no sólo se trata del enfermo, sino de lo que representa para la sociedad.

En el caso de la depresión, como en el de los trabajos con los chamanes de Levi-Strauss, es un conocimiento legitimado a través de la psicología y la psiquiatría que se retoma y se hace presente en las actitudes y comportamientos, en relación respecto a los significados que se le han atribuido. Todas las acciones clínicas están ligadas a la aceptación de las distintas sociedades, de los valores, actitudes, creencias y tradiciones. En nuestra sociedad existe un gran tabú hacia los

trastornos mentales, por lo que ellos representan, ya que generalmente los asociamos a la locura, al suicidio, que también son temas transgresores.

Herzlich (1969), observó que en las representaciones de la enfermedad están contenidas las normas sociales, las personas no generan espontáneamente una referencia, sino atribuyen el problema como la modernidad misma. Con Jodelet (1986) se demostró como el trato a los enfermos mentales en una población rural en Francia se basaba en creencias previas, no se consideraba la inserción de los enfermos, al contrario, incluso la ropa era lavada aparte, pues creían que podría ser contagioso, las únicas casas que tenían cerco eran aquellas donde hubiera un enfermo mental. Todas sus creencias orientaban esas prácticas, como hoy en día, que en sectores específicos la tradición es la fuente principal del discurso para dar explicación a los temas de salud-enfermedad.

## **2.2 Depresión (Feminización de la locura)**

La conceptualización de la depresión está relacionada con las sociedades de cada época, y es a partir del contexto que se ha establecido quién puede experimentarla y quién no. En las primeras concepciones de la melancolía en el mundo clásico, Aristóteles estableció que los hombres excepcionales son melancólicos, y citó como ejemplo de ello a Heracles, Sócrates y Platón, entre otros poetas y guerreros de la época. Según Aristóteles, el exceso de bilis negra que describió Hipócrates en su teoría humoral, les concedía atributos de superioridad, como la reflexión, la fuerza y el arte (Peretó, 2012, p. 214). Hipócrates tenía una explicación diferente para las mujeres, partía de la idea de que el útero, poseía cualidades propias, que atormentaban a sus propietarias, ya que éste tenía la capacidad de desplazarse por todo su cuerpo, causándole diferentes síntomas

(Ordoñez, 2010). Cabe resaltar que histeria proviene del vocablo griego “*hysteron*” y significa útero. Por su parte, Platón afirmó en Timeo, *Diálogos* (427-347 a. c.):

En las mujeres (...) lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ellas con el deseo de hacer niños. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del período de pubertad apenas se le puede soportar: se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del alimento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona enfermedades de todo tipo.

Marchant (2000) describe que el tratamiento variaba en la paciente según algunas condiciones sociales como:

la edad de la paciente y si eran vírgenes, casadas o viudas. En el caso de las mujeres solteras se recomendaba como medio más eficaz la consecución pronta de un marido. No se puede desconocer que la psicología popular conserva estas ideas en la actualidad (p. 3).

Esta autora señala que el mito de la migración uterina no corresponderá al azar del desconocimiento de la anatomía humana, por el contrario, afirma que esta concepción supone desde un principio una etiología eminentemente sexual. De este sesgo y sus consecuencias en la ciencia y por tanto en el discurso dominante, hablaré más adelante. Pero es necesario recalcar que la explicación de los padecimientos a raíz del útero dominó por siglos, definiendo así los tratamientos para su cura; de hecho, durante la Edad Media predominaron los temas espirituales y las explicaciones a través del discurso bíblico, considerando así, a los síntomas histéricos como posesiones demoníacas, que de alguna manera certificaban la veracidad de ese discurso (González, 2012).

Aunado a lo anterior, los mecanismos de exclusión hacia los leprosos en el mundo medieval, fueron traspuestos a otro fenómeno como el de la locura (Foucault, 1967). Foucault señaló que esto estaba unido directamente con aspectos económicos y políticos, que se mantuvieron vigentes a través de explicaciones relacionadas con el alma y espíritu. En esta etapa la vida de las mujeres se estructuró en función de las necesidades de quien las representó, el padre, el hermano, el esposo. De no encajar con lo establecido se consideraba a esas mujeres una amenaza que se debía eliminar: “son brujas que se dejan influenciar por el Diablo” (Fernández *et al.*, 2014, p. 65).

En el Renacimiento volvió a terrenos de la medicina el misterio de la mujer histérica. “Un objeto nuevo acaba de aparecer en el paisaje imaginario del Renacimiento; en breve, ocupará un lugar privilegiado” la locura (Foucault, 1967, p. 9). Aunque aún en este contexto existían estragos de la teoría humoral; Luisa Sigea, humanista y poetisa nacida en España en el Renacimiento, resaltó esta visión aristotélica cultural que predominaba en la época, de la melancolía como un don de genialidad artística, pero que sólo se les ha atribuido a los hombres y negado a las mujeres (Martínez, 2006, p. 423). Según Bartra (2001) la idea de la melancolía tiene un gran valor en el Renacimiento pues, se vinculaba el pensamiento clásico y el humanismo cristiano, pero mientras los hombres eran melancólicos y tenían la capacidad de reflexión, la mujer era histérica.

Foucault (1967) plantea que en el siglo XVIII existen dos líneas en las que evoluciona la explicación de la histeria: como enfermedad de los nervios y como parte del reino de las enfermedades del espíritu.

Los médicos de la época clásica han intentado muchas veces descubrir las características propias de la histeria y de la hipocondría. Pero no alcanzan jamás a percibir su coherencia

cualitativa que ha dado su perfil singular a la manía y a la melancolía. Todas las características han sido invocadas en forma contradictoria, anulándose las unas a las otras, y dejando sin resolver el problema de cuál es la naturaleza profunda de las dos enfermedades. (p.78)

El ejemplo más claro de relación con los discursos dominantes y la explicación médica ha sido sin duda la historia de la histeria. Porter (2008) retoma el trabajo de G. Risse (1988) sobre la histeria y afirma la necesidad de entender el contexto para poder darle una explicación a un fenómeno como tal, ya que Risse investigó la histeria en el siglo XVIII y pudo encontrar que era muy superior el número de mujeres que de hombres que ingresaba a las clínicas por esta circunstancia. El hacerse preguntas diferentes, objetos de investigación y tomar en cuenta otras cuestiones sociales, como la situación de opresión de la mujer podía cambiar la forma de entender y darle lectura a estos datos puramente estadísticos de los libros como una forma objetiva de las enfermedades.

La histeria femenina era una condición diagnosticada en la medicina occidental hasta mediados del siglo XIX, en la época victoriana fue el diagnóstico habitual de un amplio abanico de síntomas, que incluían desfallecimientos, insomnio, retención de fluidos, pesadez abdominal, espasmos musculares, respiración entrecortada, irritabilidad, pérdida de apetito y tendencia a causar problemas. En el mismo siglo se redujo el cuerpo femenino exclusivamente a la maternidad, a la mujer se le suponía débil y predispuesta a sufrir trastornos mentales (Ortega, 2011). El género podía ser causa de enfermedad mental, así como los fenómenos fisiológicos ligados al ciclo reproductor femenino reconocidos como uno de los factores causales más constantes de locura (Plumed, 2004).

En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depresión”, deriva del latín de y *pressus* (apretar, oprimir) y *depressio* (empujar hacia abajo). Se relaciona entonces a la depresión con la mente y el espíritu bajo. En el siglo XIX, el término de depresión tenía un uso más frecuente con la significación de “bajo de espíritu”, melancolía médicamente hablando y melancolía separado como un término de uso coloquial (Jackson, 1986). Además, los médicos del siglo XIX pensaban que la tensión de la vida moderna hacía a las mujeres más susceptibles a desórdenes nerviosos, existiendo un sesgo de género ligado al sexo en diagnóstico, psicopatología y psicoterapia (Ortega, 2011).

La noción de depresión en la actualidad nació de la transformación de las antiguas nociones de la melancolía que mencioné antes. Es parte de los llamados trastornos afectivos, siendo este un término muy ambiguo. El médico psiquiatra e historiador peruano Germán Berrios (2008), señala que éste se refiere a una familia de trastornos de conducta subjetivos y objetivos:

“afectivo” (la palabra operativa) tiene en sí una larga y noble historia y es parte de una serie de términos tales como emoción, pasión, sensación, sentimiento, talante, equivalente afectivo, distimia, ciclotimia, disforia, etc. Aunque tales términos designan estados subjetivos sobrepuestos, tienen diferente origen semántico. (p. 345)

Los cambios ideológicos del siglo XIX hicieron posible que se incluyeran las experiencias subjetivas a la psicología. Durante este siglo se tuvo la necesidad de reclasificar este tipo de trastornos afectivos; estas acciones como explica Berrios, no se trataban solamente de llenar casillas en los ficheros, sino que la transformación fue tan grande “que sin un metalenguaje y una metaperspectiva no puede ser totalmente apreciada” (2008, p. 349).

Porter (2008) observa que en la actualidad se intenta dejar de lado nuestra herencia cultural que proviene de los clásicos y de las ideas judeocristianas que exponen una visión dicotómica, incluso dialéctica de mente y cuerpo, por supuesto ocupando la mente una jerarquía más alta. Esta concepción ha representado formas de control y gobernanza que generan relaciones de poder, como las descritas anteriormente. El autor plantea que, aunque el dualismo mente/cuerpo no puede seguir prevaleciendo, tampoco se puede partir de hacer una historia biológica de cuerpos intemporales, sino retornar las consideraciones culturales, por ejemplo, cómo ha sido percibido, experimentado, expresado el cuerpo en la historia, así como también cuales han sido los significados sociales del cuerpo.

Para hablar de depresión en nuestro tiempo es importante entender el debate que existe en torno a las nociones de la psiquiatría y la psicología. La idea del individuo universal de la praxis médica deja de lado la valoración de los aspectos culturales de su entorno. Las experiencias que rodean las nociones de la salud y la enfermedad han sido encuentro de algunos pensadores (Idoyaga, 1997) (Szasz, 1961) que miran en la medicina y sus herramientas formas y mecanismos de control que parten de una visión etnocéntrica.

Este problema lleva a comprender que otras formas de conocimiento son anuladas, desvalorizando, incluso la propia representación del individuo en relación a su salud. Aunque también entiendo que lejos de existir una resistencia ante las concepciones del modelo biomédico, también la fuerte familiarización de este en nuestra cultura occidental, lo hace parte de nuestra cotidianidad y del sentido común. Llegamos incluso a utilizar el lenguaje y representaciones de la medicina dominante. Somos capaces de nombrar y señalar al enfermo; al igual que somos capaces de formarnos una figura, una representación social cuando pensamos en el VIH sida, el cáncer, la depresión, etc.

Una de las guías más importantes para la clasificación de los trastornos mentales y sus criterios, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta herramienta, muchas veces controversial por la falta de consenso sobre eliminar o añadir alguna patología y sus síntomas, se plantea como el lenguaje común para entender los trastornos mentales.

Korman y Molina (2002) en su investigación sobre los alcances y límites de este manual, señalan que el DSM-5:

Para definir la enfermedad recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. De acuerdo al manual, se trata de un síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. (p. 177)

Rescato esta última parte entendiendo que para arrojar un diagnóstico de trastorno mental no basta con seguir los criterios descritos en el manual, el diagnóstico se encuentra atravesado por la idea de lo considerado normal dentro de una sociedad específica. Y aunque en esta herramienta taxonómica se describe que en cada caso se deben contemplar factores sociales que pueden haber contribuido al trastorno, parece tratarse de una estandarización de las conductas esperadas en cada sociedad. Korman y Molina (2002) señalan que dentro del manual se debe entender al trastorno como una manifestación individual de una disfunción en el comportamiento “Ni el comportamiento desviado (por ejemplo político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, salvo que la desviación o el conflicto fueren

síntomas de una disfunción” (p. 177). Así los criterios establecen que cualquier conducta puede llegar a ser catalogada como patología.

La depresión es uno de los trastornos mentales catalogados dentro del manual DSM-5, que ha suscrito cambios, consecuencia de la discrepancia dentro de la comunidad psiquiátrica al tratar de buscar las causas y consecuencias de este. En la edición 2014 del manual, dentro de los trastornos depresivos se encuentran: el trastorno disfórico premenstrual; durante el peripato; el inducido por sustancias; de desregulación destructiva del estado de ánimo; y el trastorno depresivo mayor. Algunos de los síntomas son desesperanza, pérdida del interés o placer, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Aunque no se explica la génesis del trastorno, algunos de los criterios del manual (DSM-5, 2014) requieren: “el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto” (p. 106).

En la actualidad lo que ha sucedido con los trastornos mentales, es que la psiquiatría se ha centrado más en las manifestaciones y la clasificación de los diagnósticos que en la génesis misma de los desórdenes mentales. El desafío que esto presenta ha llevado a la necesidad de tener una explicación más amplia, y que más allá de la genética, se profundice en la relación que existe entre los problemas de salud mental y las experiencias de vida de las personas y sus condiciones sociales.

Para comprender la relación que hay entre la ciencia de la salud mental como disciplina y los significados que le da la sociedad en el conocimiento común, es importante conocer el contexto filosófico, social, político e ideológico de este devenir histórico en la clasificación de los síntomas psicopatológicos o también llamada psicopatología narrativa. Cuando Foucault se centra en *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (1989), presenta un desarrollo

histórico continuo desde el siglo XVIII, en el que los métodos clínicos han sido de un saber oculto y especializado, contenido en unos cuantos. Es un cambio de paradigma de la medicina que surgía de una relación inmediata del padecimiento con lo que lo alivia, para llegar a una mirada (en el estricto sentido) más estructurada de complejos sistemas especializados que permiten nombrar a la enfermedad, centrarse en los síntomas y hacer una estructura lingüística del signo. Un discurso y texto de saber legitimado.

Berrios (2008), realizó un trabajo de psicopatología descriptiva del siglo XIX, donde señala las rupturas y reclasificaciones que han afectado el discurso de la locura, y muestra que esto dio lugar a un nuevo lenguaje de los síntomas mentales. Este autor reconoce la importancia de la historia como parte de la investigación de la disciplina clínica, pues el lenguaje mismo y la narrativa son una representación de cada sociedad, y como tal, está en constante cambio. Además del vocabulario para la clasificación de los síntomas, se plantean conjeturas sobre la naturaleza de la conducta que también conlleva a variaciones y particularidades según se sitúe.

Para Berrios (2008), el lenguaje estructurado en la psiquiatría a mitad del siglo XIX ha demostrado ser estable por factores neurobiológicos, psicológicos y sociales. Para él la psicopatología descriptiva es una red entre el observador, el paciente y los síntomas. Aunque yo agregaría, como no menos importante, a la sociedad, ya que al hablar de lo que se espera de una conducta y variaciones en el discurso como síntoma mental, interviene el momento de la interacción, así como también de la representación social de la salud mental. Y por supuesto cómo es influenciado el observador de las conductas, por su propia cultura.

Un ejemplo de esto ha sido el trabajo de Foucault (1989), el autor contrapone dos épocas y analiza el nacimiento del discurso clínico, así como también las formas de control sobre los cuerpos.

Más allá de los síntomas, no hay ya esencia patológica: todo en la enfermedad es fenómeno de sí misma; en esta medida, los síntomas desempeñan un papel ingenuo, primero de naturaleza: "Su colección forma lo que se llama la enfermedad". No son sino una verdad dada en total a la mirada; su vínculo y su estatuto no remiten a una esencia, sino que indican una totalidad natural que tiene únicamente sus principios de composición y sus formas más o menos regulares de duración. (p.133)

Foucault deja en evidencia la forma abstracta en la que se basa la clínica. El aislamiento médico del cuerpo es una forma de interpretación que no da paso al entendimiento del proceso de la somatización a la simbolización y no enuncia el discurso ideológico que guarda un orden social determinado: "El hecho de que el discurso en sí mismo, obedezca a reglas propias, no impide que se apoye en lo que no dice" (De Certeau, 1993, p.73). El lugar del saber es determinado por personal especializado que es parte de instituciones centralizadas, como lo es la historia, como lo es la clínica. Y donde hay una apropiación del lenguaje que sólo pronuncian quienes han sido legítimamente acreditados.

Si Porter (2008) nos dice que anteriormente la concepción del cuerpo se concebía como sólo el recubrimiento del alma, entonces el nacimiento de la medicina misma surgió en ese contexto: cuerpos contruidos en colectividad a través de la mirada de la sociedad, la mirada clínica. No es el propósito de esta investigación la discusión médica que lleva a los criterios de valoración para llegar a un diagnóstico; lo que me parece importante es reconocer en este breve

recorrido, cuáles son las implicaciones sociales que envuelven al concepto de depresión. Tampoco creo necesario plantearme la pregunta de si existe o no el trastorno de la depresión, pues es un hecho que la depresión es nombrada, se representa socialmente y sirve para darle una explicación a un fenómeno.

### **2.3 Un destino social**

Este breve recorrido histórico de la depresión y los síntomas psicopatológicos deja clara la relación que existe en la construcción social de la salud y el género. Además se entiende que “sobre este destino anatómico, se funda un destino social” (Maffia, 2007, p. s/p). El género se vuelve categoría central para comprender esta anatomía social. Gonzalbo (2006) plantea que las categorías que son parte de la vida cotidiana no se pueden aislar en el análisis, pues se vuelven un complemento para la contextualización; el género es una de esas categorías. La autora señala que: “si las mujeres merecen un estudio especial es porque recibieron un trato diferente del que se destinaba a los hombres, en las leyes, en la economía, en la vida pública y en el hogar” (p. 156).

La definición del concepto de género que Scott (2008) elaboró sigue siendo un referente importante para el análisis. La autora señaló que “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p.289). Propone que el género se construye a través de distintas formas como el parentesco, la tradición religiosa y elementos políticos y económicos. Scott deja claro que el género es una categoría relacional; la experiencia de las mujeres no es entendida si no es en relación a los hombres y viceversa. Plantea que es una ficción pensar que la experiencia de un sexo tiene poco o nada que ver con la otra. Así el género nos permite darles una explicación a las relaciones sociales entre géneros.

El género para Scott (2008) “es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres” (p. 271). En una propuesta que busca alejarse de las explicaciones biologicistas, es decir, que parta del análisis de las propiedades de los cuerpos físicos, así pues, estas identidades subjetivas no les son inherentes a los cuerpos, sino a la construcción del sujeto. Las identidades subjetivas van unidas al carácter relacional del género, es el proceso constante que presenta en oposición la experiencia masculina y femenina. Esto de ninguna forma sería una construcción estática, pues el contexto, el sistema normativo de cada sociedad tienen un papel muy importante. La autora se centra en entender al género como detonador de construcciones culturales.

La construcción cultural de los modelos sociales a través de los sexos, es una de las premisas que autoras como la estadounidense Margaret Mead, desde la antropología, expusieron para dar paso a repensar lo que hasta ese momento era explicado como natural y biológico. En su obra *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas* (1973), analizó las características definidas como femeninas y masculinas y cómo eran construidas de acuerdo con patrones culturalmente establecidos. En sus investigaciones con distintas tribus, se planteó el problema del condicionamiento de las personalidades en los dos sexos para poder entender las diferencias sexuales. Encontró que existen cualidades individuales independientes al sexo, diferencias temperamentales; formas en que los hombres y las mujeres son moldeados dentro de una sociedad. Concluyó que la cultura para ambos sexos:

Puede implantar los modelos de conducta, sean o no congénitos. Las bases biológicas de desarrollo como los seres humanos, aunque imponen limitaciones que haya que reconocer honradamente, pueden considerarse como potencialidades que en modo alguno han sido totalmente grabadas por nuestra imaginación humana. (Mead, 1973, p.11)

Mead (1973) plantea que las sociedades existentes construyen su cultura acentuando ciertas características que dan forma y significado a la vida humana, resaltando algunas potencialidades humanas y prescindiendo de otras, esto se vuelve una forma de ordenar la vida de cada sociedad; “que no se tolere a los cobardes, puede inventar, como en el caso de los indios cheyenes, una complicada posición social para el miedoso (p. 20)”. De estos planteamientos han surgido preguntas como cuáles son las características que se potencializan en nuestra sociedad y que posición queda vulnerada.

En las sociedades patriarcales, estructuras donde los hombres tienen poder y dominio sobre las mujeres y el mundo ha sido explicado a través de los hombres (Lerner, 1986), las formas de organización más elementales son a través de los sexos. Millett (1968) planteó que el temperamento en nuestra sociedad también está basado en categorías sexuales, que se encuentran dentro de un complejo esquema basado en las necesidades de un grupo dominante y que éste somete a sus subordinados a sus necesidades, imponiendo valores que no vulneren su posición privilegiada. “Este esquema queda reforzado por un segundo factor, el papel sexual, que decreta para cada sexo un código de conductas, ademanes y actitudes altamente elaborado” (p. 72). Millett hace referencia a los sexos utilizando la palabra “política”, como un estudio de las relaciones de poder trasladado a los ámbitos personales y como análisis de las formas de control y opresión en las costumbres sexuales, las cuales aprobamos durante la socialización.

Es así que podemos dar explicación a aquello que hemos normalizado e interiorizado, como los cargos en el hogar que se otorgan a la mujer por su “sensibilidad y debilidad”; y los de proveedor a los hombres, por su “inteligencia y su fuerza”. Esta explicación permite comprender asignaciones socioculturales que permean hasta el acto más íntimo de la construcción mujer. Revela el estatus y la posición social que se puede ocupar, incluso revela los recursos vitales con

los que se supone contamos las mujeres. Así como propone Mead, la discusión sobre la posición de la mujer no debe centrarse en el carácter o temperamento o sobre su emancipación, sino en las estructuras culturales detrás de las relaciones humanas, lo que es de suma importancia para comprender el fenómeno de la depresión en la mujer.

## **2.4 Salud mental en contextos de precariedad**

Como lo he expuesto anteriormente, en los problemas sobre la salud y sobre todo de salud mental en contextos de precariedad, intervienen factores de riesgo que determinan la negociación del individuo con su medio. La desigual distribución de los recursos perpetúa la situación de precariedad para algunas poblaciones, dejándolas expuestas a una violencia arbitraria. Butler (2009) explica que es desde la violencia del Estado-nación, que se mantienen las condiciones de precariedad que están fuera de nuestro control y ponen en riesgo nuestra vida. En la marginalidad las poblaciones quedan expuestas al daño, la muerte, la enfermedad, la pobreza y el hambre.

Butler (2010) plantea que existen convenciones y reglas que permiten que una vida sea o no reconocida. Esto supondría poder hablar de una precariedad como situación social, pero también desde el sentir y saberse precario, ser precario. Es decir, un orden ontológico. Continuando con el tema de vidas precarias, hace una reflexión que se centra en los modos culturales de regulación afectiva y éticas en un marco de violencia, donde existe una disposición selectiva ante el duelo, haciendo referencia a que no todas las vidas son dignas de ser lloradas y recordadas, sobre todo si aquella no se califica como vida, “especialmente en la sugerencia de que una vida concreta no puede aprehenderse como dañada o perdida si antes no es aprehendida como viva” (Butler, 2010, p. 13). Estas “no vidas” no alcanzan el rango de vida ante ciertos marcos epistemológicos y éticos.

Lo considero epistemológico porque la autora se refiere a los medios selectivos que deciden las condiciones y los mecanismos de poder a través de los cuales se produce la vida. Butler hace hincapié en la obviedad de entender el aspecto cultural de este proceso, ya que no supone esto un problema biológicamente hablando. Aunque estoy segura que las cuestiones médicas y sus implicaciones culturales también entran en los mecanismos de poder que interfieren. Butler propone:

[...] tenemos que apoyarnos en una nueva ontología corporal que implique repensar la precariedad, la vulnerabilidad, la dañabilidad, la interdependencia, la exposición, la persistencia corporal, el deseo, el trabajo y las reivindicaciones respecto al lenguaje y a la pertenencia social. (2010, p.15)

Butler (2010) hace referencia al término ontología entendido al carácter social donde el cuerpo es modelado y sometido con ciertas exigencias y significaciones culturales y políticas.

El «ser» del cuerpo al que se refiere esta ontología es un ser que siempre está entregado a otros: a normas, a organizaciones sociales y políticas que se han desarrollado históricamente con el fin de maximizar la precariedad para unos y de minimizarla para otros. (p. 15)

Después de plantear el problema epistemológico, Butler afirma que va unido por un problema ético, pues al hablar de marcos normativos que reconocen o no una vida, es decir, que se generan formas ontológicas específicas, también van unidos a condiciones históricamente dadas y que ese reconocimiento es asignado de manera diferencial. “Una vida tiene que ser inteligible como vida, tiene que conformarse con ciertas concepciones de lo que es la vida, para poder resultar reconocible” (Butler, 2010, p. 21).

El conocimiento de nuestra finitud, de que moriremos, caracteriza la manera como concebimos la vida. La precariedad parte de la necesidad que tenemos de los otros para persistir y prosperar, somos dependientes sociales. La misma vulnerabilidad ante la muerte, le otorga un valor a la vida (Butler, 2010). Entonces la precariedad es un concepto que va unido al “otro”, en el espacio privado y en lo público; a la dependencia del cuidado desde la niñez hasta los derechos como ciudadano.

Fassin al desarrollar su concepto de biolegitimidad, reconoce algunos aspectos sociales de otorgarle un valor a la vida, que en cada sociedad es distinto y es sobre este que se fundamenta el discurso institucional como el de los derechos humanos. Fassin (2016) señaló que la biolegitimidad es entendida:

[...] como el valor atribuido a la vida como bien supremo, constituye un rasgo dominante, pero no uniformemente aceptado, en la construcción de lo que podría considerarse una comunidad ética internacional constituida alrededor de los derechos humanos y también de una razón humanitaria. (p. 201)

En esta definición, como menciona Fassin (2018), se abarca la cuestión de los usos políticos del cuerpo, que habían quedado relegados en el análisis de la biopolítica. Para mí un ejemplo sería el término legal que hace referencia en la Ley de Arrendamiento en España, “Desahucio”; la sentencia en una situación económica precaria que desecha cuerpos y le da un atributo de vida acabada que alude al estar al borde de la muerte, la unión de la vida al discurso político que dispone de los cuerpos. Pero se trata del término de una vida reconocida como un buen ciudadano y que le será necesario exponer su postura a través de su sufrimiento y la adversidad.

Como este ejemplo español hay muchos otros, los espacios de precariedad en las poblaciones más pobres son los que gozan de menor aceptación social dentro de las jerarquías de legitimidad, argumentos morales que fundan las decisiones políticas respecto a esos grupos y sus efectos. Efectos como los entendidos en la localidad Santorales de Mexicali y su relación con la salud mental. Es tan sencillo como saber que, al hablar de depresión, o cualquier otro trastorno o padecimiento, no representará la misma situación si se cuenta con los recursos para sobrevivir, que vivir desprotegido sin lo primordial para cubrir las necesidades más elementales y sobretodo ser mujer reconocida como una vida que importa.

La no vida (la no reconocida) precaria es por un lado expulsada de la sociedad, pero también es incorporada en un espacio de subalternidad de un sistema productivo. En todo contexto el lenguaje se constituye hegemónicamente y dice Spivak (1998) que el subalterno sólo puede enunciarse a través de estos dispositivos, y en esa interlocución ya no tendría voz el subalterno. Las vidas no son nombradas si solo se enuncia un discurso de un saber médico a través de un diagnóstico. La depresiva no es mujer joven o vieja, es una depresiva. Una depresiva pobre no tiene derecho a ser protegida, no es necesario. Se necesita invocar al cuerpo y la mente que sufre la falta de un reconocimiento político que se legitime como una vida de valor.

Un cuerpo con un destino social y político, no solo desde una perspectiva de género, sino desde una posición social ocupada dentro de la estructura social y que es capaz de moldear la subjetividad de los individuos hasta reconocerse como precarios, sentirse, saberse, accionar, precarios. “La vida precaria caracteriza a aquellas vidas que no están cualificadas como reconocibles, legibles o dignas de despertar sentimiento” (Butler, 2009, p. 335).

En conclusión, “toda representación social es representación de algo y de alguien” (Jodelet, 1986, p.475), por un lado, contenido que es la relación con el objeto; pero, por otro lado, la representación de un sujeto, que como bien aclara la autora esta representación puede ser un sujeto individual, grupo o clase. En otras palabras, la representación social implica necesariamente un conocimiento de sí mismo y como este se relaciona con los objetos que lo rodean. En este sentido la precariedad, no es solo el cómo vemos al “otro”, al precario; y cómo existe una falta de recursos vitales, sino cómo esto constituye al precario para explicar su relación con los objetos que lo rodean (actitud, opinión, sentir, etc.).

## **2.5 Tecnologías del yo, tecnologías del género y representaciones sociales**

Generalmente cuando hablamos de la palabra tecnología inferimos estar remitiendo a la innovación industrial, a máquinas, a computadoras, a dispositivos móviles, etc. Asociamos el término al avance tecnológico que ha llevado a la sociedad a tener otras formas de vida. Pero las tecnologías, como lo propone Foucault (2002), son la creación de saberes especializados sobre el cuerpo, el “descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder” (p.133); saberes que surgieron a partir del siglo XVIII. Quizás la idea de imaginarnos máquinas al hablar de tecnologías del cuerpo no sea una idea tan errada, pues como Foucault (2002) lo plantea: se crea y moldea, a través de las disciplinas, cuerpos controlados.

El cuerpo como máquina, que se efectuó según la individualización, en dirección al hombre-cuerpo: su educación, el aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano. (Foucault, 2007, p. 168).

Esta anatomía política que refiere Foucault es una constante coerción sobre los cuerpos, donde se calculan gestos y comportamientos; creaciones de cuerpos con fines específicos, eficaces para intereses determinados. “El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone” (Foucault, 2002, p. 135). El planteamiento de este autor es el de un esquema de poder que se centró en una visión occidental que tiene raíces en el pasado precristiano y cristiano y que hoy en día sigue vigente, teniendo gran influencia a través de complejos esquemas normativos que ordenan nuestra sociedad.

Foucault (2008) indicó que existen diferentes procedimientos a través de los cuales se articulan las relaciones de poder. Clasificó las tecnologías como: tecnologías de producción, tecnologías de sistemas de signos, tecnologías de poder, y tecnologías del yo. Una clara diferencia entre las tecnologías y las tecnologías del yo, es que las primeras involucran aspectos sociales y formas de coerción fuera del individuo; y las tecnologías del yo refieren aspectos individuales y subjetivos.

En la mayoría de sus obras, este autor hace un análisis de las estructuras de poder fuera del sujeto; pero en un momento posterior, Foucault (2008) plantea el problema de pensar de “otro modo”. Con una fuerte oposición a la sujeción antropológica, que establece un saber que ha determinado el etnocentrismo “la imposibilidad misma de pensar al otro” (p. 30), pensar de otro modo significaría pensar en crear las condiciones para liberarnos de las relaciones de poder. Para este autor el objeto de estudio ha significado siempre al sujeto descrito a partir del objeto y su relación con éste, y la perspectiva crítica sería analizar cómo estas relaciones sujeto objeto se modifican y se conforman lejos de los universalismos antropológicos.

Es por ello que, en su obra sobre la sexualidad, aborda a un sujeto que se plantea no sólo para los demás, ni sólo frente a los demás, sino para sí; es decir, una búsqueda del sujeto, que quizás se da por hecho en la investigación, pero también queda evidente que el individuo se crea a sí mismo y se construye. Foucault analiza el sistema de la sexualidad (2008b), a través de la teoría del sexo reprimido, donde el individuo se es un dispositivo normativo y se refiere directamente al sujeto, *the self*; un sujeto que se restringe, se prohíbe, se pone reglas. Lo que se plantea es ¿Cómo encontramos al sujeto, el sujeto más allá de la objetivación que éste se haya hecho de sí mismo?

En la obra de *Las tecnologías del yo* (2008), Foucault deja evidente su interés por los aspectos que tienen que ver con las tecnologías de poder orientadas hacia el individuo y a las subjetividades; la forma en que propone que se aborden las relaciones de poder es al parecer desde parcialidades, pues menciona que el proceso de análisis tiene como referente distintos campos, como los que él abordó al hablar de la locura y el crimen pero, remarcando su interés en el problema de la individualidad: “Este contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las referidas a uno mismo es lo que llamo gobernabilidad” (p. 49).

Las formas específicas de racionalización entre los individuos se suponen más allá de una racionalización de los modos productivos y la economía, “los hombres han desarrollado un saber sobre sí mismos” (Foucault, 2008, p. 47), esa racionalidad sofisticada, que no requiere de violencia instrumental y que produce subjetividades y conductas, se encuentra en las relaciones de poder (racional); el poder ejercido de hombres sobre mujeres, por retomar un ejemplo del autor. Foucault define las tecnologías del yo como:

Tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (Foucault, 2008, p. 48)

Foucault, aunque no resuelve el problema de orden epistemológico ontológico, es decir, los modos específicos a través de los cuales se constituyen las subjetividades en nuestra actualidad, propone el análisis abordando la capacidad de los individuos de autogobernarse. Aunque el autor pretende alejarse de una explicación desde la psicología, reconoce la experiencia con el objeto y elementos cognoscitivos como una parte importante en el proceso del conocimiento.

De este breve recorrido de las propuestas de Foucault, recupero dos aportes. El primero está relacionado con las representaciones sociales: un individuo en una sociedad estructurada, pero con capacidad recrear (crearse), para sí y para los otros, y sabiéndose el otro del otro, un individuo atravesado por representaciones de sí mismo. El segundo es un elemento central para entender la construcción histórica de la sexualidad: el poder. El poder ejercido que va a “determinar, en su funcionamiento y razones de ser, el régimen de poder-saber-placer que sostiene en nosotros el discurso sobre la sexualidad humana” (Foucault, 2007, p. 18), que más allá de una represión externa, es un mecanismo constitutivo del individuo.

Por su parte, De Lauretis (1989), quien retoma del trabajo de Foucault, plantea que el género debe ser analizado como el producto de diferentes tecnologías que se encuentran fuera del sujeto y dentro de él; asimismo, propone también un proceso de construcción de la autorrepresentación, teniendo un papel importante las experiencias para los dos autores. De igual forma, la autora retoma los aportes iniciales del feminismo y evidencia que la definición que se

realiza de género es una limitación en sí misma desde el momento que parten de la diferenciación sexual. Esto supondría que siempre se trata de lo femenino respecto de lo masculino, donde ontológicamente son universalizados.

En este orden de ideas, el sujeto se constituye a partir de diversos elementos discursivos, y es precisamente en el discurso donde se multiplican las posibilidades de construir lo que es ser mujer y no sólo a partir de una explicación biologicista. De Lauretis (1989) plantea necesario que ya no se parta de una explicación fundada en las propiedades de los cuerpos, sino en el efecto de las tecnologías que afectan esos cuerpos; por ejemplo, la biomedicina.

El utilizar la representación como forma de análisis permite dejar de lado una mirada homogénea de opresión hacia las mujeres como algo dado, para dar lugar al análisis de las parcialidades. Ibáñez (2001) plantea que las representaciones son en parte el contenido del entramado de significados y referentes en un grupo, pero también son “procesos constructores de esa realidad social” (p. 203). Las representaciones sociales son un elemento que permite explicar la construcción social de la realidad y que se vincula con el conocimiento de sentido común sobre el género. Los individuos se apropian de las representaciones sociales a través de diversos mecanismos cognoscitivos y se integran en un sistema de valores que está influenciado por aspectos históricos del contexto del cual son parte. Un universo de sentido que sólo puede hacerse plausible dentro de un grupo.

De Lauretis (1989) al afirmar que el género es una representación y que éste es a su vez su construcción y su producto, remarca el interés en la parte constituyente de las representaciones, la construcción de agencias generadoras de cambios sociales. Ya que las representaciones significan y resignifican, apelando a subjetividades dotadas de acción. Así afirma De Lauretis

(2000): “la construcción del género es en el producto y el proceso tanto de la representación como de la autorrepresentación” (p. 43).

Un elemento que en Foucault no se encuentra muy presente, y que De Lauretis (1989) con su propuesta teórica del género como representación sí considera, es el complejo proceso en el que se manifiesta la sexualidad, donde los individuos están dotados de mecanismos de resistencia ante las normativas que regulan las posibilidades sexuales, para modificar lo que se les ha impuesto; es un continuo ejercicio que tiene lugar en la vida cotidiana. En este sentido, para mí, la aportación más importante que la autora plantea es sin duda, la experiencia.

Retomar la experiencia de las mujeres como “comprensión de la propia condición personal en tanto mujer en términos sociales y políticos y la constante revisión, revaluación y reconceptualización de esa condición en relación con la comprensión de otras mujeres de sus posiciones sociosexuales” (De Lauretis, 1989, p. 18), facilita poder dar explicación de los cambios sociales a través de las representaciones, de los cambios sociales como lo es el sujeto del feminismo. Un sujeto capaz de dar cuenta de los procesos de dominación descritos, de los que es parte, pero de los que puede salir para analizarlos (De Lauretis, 2000, p.46).

## Capítulo 3. Metodología y técnicas

En el capítulo anterior he abordado las representaciones sociales como marco teórico, en este apartado hablaré de los aportes metodológicos de las representaciones sociales, así como de las perspectivas que existen para su abordaje. Elementos de los cuales me valí para determinar las técnicas y herramientas pertinentes para lograr los objetivos planteados en esta investigación.

### **3.1 Método Cualitativo**

Según Habermas (1987), la metodología constituye el camino del pensamiento. La senda que permita alcanzar los objetivos planteados en esta investigación, es un método de investigación que recupera la interpretación de las mujeres de su propia realidad partiendo de elementos subjetivos, sus interacciones sociales y las prácticas que resultan de ellas. A través de mi formación disciplinaria y actualmente en mi acercamiento a los estudios socioculturales, he comprendido que los fenómenos sociales no tienen una forma única de ser conocidos y explicados. Las ciencias sociales han reflexionado desde sus inicios entre utilizar los métodos que a las ciencias exactas les han permitido la creación de leyes universales o un conocimiento propio para entender las dinámicas sociales. En este largo proceso los dos paradigmas dominantes que están presentes son el enfoque cuantitativo y cualitativo.

El enfoque cuantitativo tiene como principal herramienta la estadística, por tanto, la recolección de datos a través de mediciones numéricas, con el objetivo de comprobar una hipótesis. En este enfoque, como señala Ortí (1995) y desde el punto de vista sustantivo, hay un “desconocimiento de la especificidad, riqueza y profundidad del orden simbólico y de sus formaciones (anexas/no cuantificables), empezando por las formaciones lingüísticas y los

discursos sociales” (p.87). Las metodologías de la investigación cualitativa incorporan los significados e intencionalidades inherentes a los actos, la interacción con los otros y cómo se relacionan las estructuras sociales; por lo tanto, pone en la centralidad los aspectos simbólicos y significativos de la vida social y además el lenguaje. Sousa (2008) plantea:

El método cualitativo es lo que se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan (p.32)

Aspectos como el sentir, imaginar, crear, son transcendentales para lograr desentrañar el sistema simbólico que les da sentido a la representación social de la depresión en mujeres, en consecuencia, consideré que el paradigma cualitativo, mismo que privilegia un enfoque comprensivo ante la observación de los procesos sociales, era el rumbo epistemológico y metodológico para alcanzar el objetivos planteado en esta investigación.

### **3.1 Representaciones sociales.**

Como lo he expuesto, las representaciones sociales son un producto y un proceso. Producto en el sentido que se encuentran depositadas en el pensamiento social, en el grupo, y proceso, porque las representaciones sociales se construyen a la par de la realidad social. Estos dos caminos que plantea Ibáñez (2001), además de estar relacionados directamente con los objetivo y planteamientos teóricos, también dependen del interés por parte del investigador por conocer el producto, lo que ya está disponible en el grupo, es decir, los efectos y sus prácticas; y por otra parte conocer el proceso de conformación de las representaciones sociales como objeto de estudio.

Para Banchs (2000) existen dos enfoques principales en las investigaciones de representaciones sociales: estructural y procesual. El enfoque estructural se define “para identificar su estructura (de las representaciones sociales) o núcleo y por desarrollar explicaciones acerca de las funciones de la estructura” (Banchs, p. 3.7). Es decir, los elementos que componen la representación. Es una perspectiva más cuantitativa de la representación social, la representación desde la teoría de un núcleo central y los elementos periféricos (Abric, 2001). Los resultados son expresados desde un lenguaje numérico y estadístico; y se caracterizan por no prestar atención al contexto sociohistórico en el que se construyen las representaciones sociales.

El enfoque procesual, se encuentra más cercano al análisis foucaultiano, en específico por el análisis discursivo. Banchs considera de gran importancia el proceso hermenéutico “entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos constituimos el mundo en que vivimos” (2000, p. 3.6).

Esta tradición hermenéutica, es también observada por Ibáñez (2001), pero señala que el hecho de que la realidad actué a través de la actividad interpretativa de los individuos, no significa que sea todo lo que interviene en las representaciones, este autor plantea que:

Las matrices socioestructurales y los entramados materiales en los que estamos inmersos, definen nuestra rejilla de lectura, nuestras claves interpretativas y reinyectan en nuestra visión de la realidad una serie de condicionantes que reflejan nuestras inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido relacional. (p. 165)

Estos dos autores definen las tradiciones de las que partieron las representaciones sociales, y ellos toman una distancia tanto del cognitivismo social como de la hermenéutica, ya que intervienen,

otros factores que son independientes de la interpretación, como la posición del individuo dentro de la estructura social y elementos objetivos que se vuelven parte de la experiencia con el objeto, que deben ser tomados en cuenta en el análisis.

El interés de mi investigación, no sólo es en una descripción de la representación social constituida, sino del pensamiento social constituyente, que refleja los cambios sociales dentro de su construcción. El objeto de estudio que se busca en el enfoque procesual se encuentra más cercano a la filosofía, lingüística, sociología y vinculado con los aspectos sociohistóricos y culturales (Banchs, 2000).

### **3.2 Una aproximación desde la historia de vida**

Durante mucho tiempo el interés de la historia se centró en los grandes acontecimientos y personajes importantes, pero el cambio de este paradigma llevó a prestar atención a las formas de vida de los individuos comunes, la cotidianidad, como una fuente de información que nos permitirá conocer el pasado desde distintas realidades. Es decir, aquello que había quedado en el olvido y aquellos que habían sido silenciados, ahora formaban parte de las grandes interrogantes de la disciplina. Se volvió importante conocer cómo vivían, cómo interactuaban, cómo pensaban, cuál era su normalidad. La antropología y la sociología ya habían reconocido la importancia de lo cotidiano en sus análisis, pero la historia, como dice Gonzalbo (2006), solo hasta la mitad del siglo XX abordó lo cotidiano como objeto de estudio. Esto ha sido de gran importancia, ya que la afinidad de la vida cotidiana y la historia, es la posibilidad de conocer el proceso de los cambios de las sociedades, lo que representa el interés principal de la historia.

Este cambio de abordaje también ha traído consigo nuevas preguntas y objetos de estudio, además de reconocer como fuentes para la visión histórica otros elementos y referentes como

formas de conocimiento de la cultura popular, la historia de las mentalidades y las relaciones sociales. Entre estos elementos se encuentra el enfoque biográfico. Por su parte Ferraroti (1981), indica que la historia de vida es un enfoque epistemológico que nos permite conocer lo social de otra manera. Es una fuente con base en la palabra de los actores sociales.

Las narrativas de vida nos permiten acceder a escenarios subjetivos de experiencias personales que están impregnados con el conocimiento que se comparte dentro de un grupo, es decir, que se conjugan con un saber colectivo. La fuente de conocimiento es la trayectoria de vida misma, así que los tiempos dentro del relato (cómo recuerda su pasado, cómo vive el presente y cómo imagina el futuro), como explica Balcázar *et al.* (2013), están enmarcados por el contexto social y su ubicación en la sociedad, afirmando que:

La historia de vida contiene una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona, en las propias palabras del protagonista. Está formada por relatos, los cuales llevan la intención de elaborar y transmitir una memoria, personal o colectiva, que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto (2013, p. 190).

Es importante señalar que con esta herramienta no buscaré realizar una biografía de mis colaboradoras, sino conocer cómo ha sido su experiencia con el diagnóstico de depresión y cómo el lugar donde viven también puede o no influir en la manera como lo experimentan y si el hecho de ser mujer hace una diferencia en los momentos más significativos de su proceso.

### 3.2.1 Entrevista

Desde el enfoque procesual como plantea Banchs (2000), se percibe al objeto como instituyente y una de las vías para acceder a su conocimiento es “a través de los métodos de recolección y análisis cualitativo de datos” (3.6). El método que utilizaré en este trabajo será la entrevista en profundidad. Para Araya (2003), el análisis de los discursos en las representaciones sociales es relevante, y es la técnica del cuestionario, además de la entrevista, las que son utilizadas con más frecuencia. Jodelet (1986) y Moscovici (1979) resaltan también la importancia de la entrevista como herramienta que permite conocer la naturaleza discursiva de los sujetos, en la que se puede palpar la dinámica de los procesos sociales.

Según Balcázar *et al* (2005), en la investigación cualitativa el diseño metodológico es de carácter inductivo “ya que quiere decir que parte de una realidad concreta y los datos que esta aporta para llegar a una teorización posterior” (p. 24). Esto permite una flexibilidad al momento del acercamiento con los actores involucrados, donde la intuición misma me brindará la oportunidad de hallazgos no previstos, esto tiene que ver con la complejidad de las realidades, pues estar en campo significará la búsqueda de un objetivo, pero el discurso enriquecerá mi propio fin.

El método será interrogativo de dimensión subjetiva, con la finalidad de entender el componente cognitivo y social del sujeto y dar importancia al acceder a escenarios personales que de otra manera están vedados. En una entrevista se revelan los modelos interiorizados, así como el carácter histórico y específico de un grupo. Entiendo la entrevista como la definieron Taylor B. y Bogdan (1987) “reiterados encuentros cara a cara, entre el investigador y los informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen estos de sus vidas, experiencias o

situaciones, en sus propias palabras” (p.101). Por tu parte Balcázar *et al.* (2005) define la entrevista de la siguiente manera:

es una técnica denominada de “elaboración y registro de datos mediante conversaciones”, que considera a la conversación como la unidad mínima de la interacción social. Es aquella destinada a comprobar los conocimientos o experiencia de una persona a detalle. (p.58)

Por supuesto existe un carácter de espontaneidad ante este encuentro que proporciona la oportunidad de abarcar aspectos que tal vez no hayan sido tomados en cuenta con anterioridad en esta investigación, lo cual enriquecerá el entendimiento de mi objeto de estudio y que a su vez creara un ambiente de confianza y de atención con mis colaboradoras.

Para la realización de las preguntas guía en la conversación se partió de los cuatro ejes de análisis planteado por Moscovici (1979): condiciones de producción de las representaciones sociales, campos de información, campo de representación y campo de actitud. El campo de la información está relacionado con el conocimiento que un grupo posee sobre un objeto específico, así como también la manera en que esta información se organiza. Campo de la actitud es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación (Moscovici, 1979).

El campo de la representación expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que

integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas. Nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación (Moscovici, 1979).

### **3.2.2 Colaboradoras**

La población de Santorales me es familiar, pues vivo cerca y trabajé entrevistando a mujeres de este lugar en una experiencia laboral. Sin embargo, existe una gran dificultad para encontrar a mujeres que quieran hablar sobre un diagnóstico de depresión, ya que representa acceder a pasajes dolorosos que se han vivido o se están viviendo. Lo que he hecho desde que comencé este trabajo es buscar el efecto bola de nieve, es decir, identificar personas residentes de Santorales y que a su vez pedirles que contactemos con más personas hasta llegar a las colaboradoras. Me acerqué a algunos de mis contactos que conocieran gente en esas colonias y platiqué con ellos lo que me puso en contacto con otras personas del lugar.

Para el acercamiento a una representación social desde el enfoque procesual es muy importante la definición de grupo. En este sentido, las mujeres que colaboraron en esta investigación pertenecen a un mismo grupo en un espacio y tiempo determinado, compartiendo así elementos de una representación social sobre el objeto depresión. Moscovici (1979) partía de una definición de grupo que para él podría consistir en las clases sociales. Según Ibáñez “las fuentes de determinación de las representaciones sociales se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad determinada y el sistema de valores que circulan en su seno” (2001, p.178).

Para los fines de esta investigación se realizaron entrevistas con tres mujeres residentes de la población de Santorales que han sido diagnosticadas con depresión. En el siguiente cuadro presento características de cada una de las colaboradoras.

Nombre	No.	Edad	Hijos	Escolaridad	Estado civil	ocupación	Años diagnosticada
Rosa	E1	38	5	Primaria	Casada	Obrera	21 años
Ruth	E2	29	2	Preparatoria	Casada	Ama de casa	1 año
Kimberly	E3	26	0	Secundaria	Soltera	Empleada	1 año

### 3.2.3 El análisis

Para la realización del análisis se llevó a cabo la sistematización y categorización de las entrevistas mediante el uso de *software* Atlas ti. Además, se diseñó la guía de entrevista a partir de cuatro ejes temáticos de la que se desprendieron, producto de las entrevistas, códigos guía acordes con los objetivos de la presente investigación:

Precariedad	Género	Estrategias	Depresión
Contexto	Cuidados	Familia	Conocimiento medico
Pobreza	Violencia	Religión	Creencias
Escolaridad	Estereotipos	Trabajo	Sentimiento
			Causas

En el cuestionario realizado abordé la etapa de la niñez, además tuve en cuenta la información familiar, ocupación, niveles de escolarización, estrategias para enfrentar la vida, contexto en el que se desarrolló su vida y cuál es la definición y origen de su depresión. De las entrevistas surgieron algunos elementos de comprensión, así como creencias y expectativas que están presentes en las tres historias los cuales describiré en cada uno de los casos.

Una vez obtenidas las categorías y sistematización de la información, la organicé de acuerdo a los campos de la representación social, con el fin de darle un análisis a través de los

ejes de análisis de las representaciones sociales, condiciones de producción de las representaciones sociales, el campo de la información, el campo de la actitud y el campo de la representación.

## **Capítulo 4. Tres casos. La depresión como una categoría del lenguaje común.**

Este capítulo es la descripción de las narrativas de tres mujeres que colaboraron en esta investigación para hablar de su experiencia y su diagnóstico de depresión, Rosa, Ruth y Kimberly. Como anteriormente expliqué, en este documento, el análisis parte de los ejes de análisis de las representaciones sociales, ya que Moscovici (1976) señaló, esto es importante para la comprensión del sentido de las representaciones.

En esta primera parte descriptiva de sus experiencia de vida, se encuentran las condiciones de producción de las representaciones sociales, ya que se describe el entorno en el que se desarrollan, como lo es el lugar donde residen, niveles de estudio, trabajo, ya que estos elementos que están ligados al contexto social. Abordaré desde sus relatos, cuál es su definición de depresión y cuáles son las causas que le atribuyen desde su experiencia. Abordaré cuales son los elementos que componen el objeto depresión, para identificar las representaciones sociales de la depresión y su uso en el lenguaje común. En el siguiente apartado retomare los ejes de análisis del campo de la actitud, campo de la información y campo de la representación.

### **4.1 Caso 1. Rosa Isela**

Han sido tres acercamientos los que he tenido la oportunidad de conversar con Rosa. Ella tiene 38 años, su grado de escolaridad cursado es hasta segundo de secundaria. Toda su vida ha transcurrido en Santorales. Rosa es madre de cinco hijos y actualmente es obrera en una fábrica, donde su

horario laboral abarca 12 horas del día. El diagnóstico de depresión de Rosa lo realizó un psiquiatra cuando ella tenía 17 años; ella platica que para llegar con un médico tuvo que primero atravesar por un doloroso proceso en el cual intento, en diferentes ocasiones, quitarse la vida.

“Como intentar quitarte la vida. Tratar pues... de lastimarte. Lastimar tu cuerpo también. En lo físico, mentalmente te dañan. No una, varias veces. Si, cuando ya llegó al punto de que... pues ya no quería vivir. Ya no quería vivir, ya no quería saber nada, nada de la vida que había llevado hasta ese día.” (E. 1)

Rosa fue abandonada por su madre desde una edad temprana, a los 5 años comenzó a vivir en diferentes hogares, en los que de casa en casa buscaba que la cuidaran y tener donde dormir. En muchos de estos hogares sufrió abuso físico, psicológico y sexual.

“Una violación. La violación que fue a la edad de 5 años, que pocas veces hablo de eso y que no es fácil, porque aparte de que te violan, la gente te sigue violando físicamente, moralmente, porque te señalan esa niñez violada. Era muy muy difícil para mí hablar de esto.” (E. 1) “Porque mi mamá ya me dejaba en una casa ya me dejaba en otra, porque pues era mucha violencia física, mental y a veces... sexual ¿en qué forma? Los esposos de las señoras a veces me querían andar manoseando.” (E. 1)

Gran parte de los abusos psicológicos que recibió Rosa, fueron a partir de su color de piel, ya que sufría discriminación por ser de tez morena. Ella describe que creció sintiendo que era fea y que no merecía nada, además de sentir culpa por el abuso que recibió, describiendo que las creencias compartidas en la comunidad, en relación a la sexualidad, le afectaban y ella también las creía.

Tú llegas al momento de que dices “mi vida no vale nada”, porque en aquel tiempo las creencias de la gente, las personas de antes, cuando abusaban de una niña ya no tenían valor.

Entonces eso estaba siempre en mi mente. (E.1)

En su niñez no tuvo mucho apoyo, vivía en una situación económica muy precaria, y sus necesidades básicas no eran cubiertas. Respecto a que, si la situación de pobreza que vivía afectaba su salud mental, comentó:

“Si, si tuvo mucho que ver, porque miras toda la escasez. Toda mi vida, y ahora por gusto, uso guaraches, toda la vida se me inculcó usar guaraches porque eran más baratos y porque era lo único que había, y no se podía exigir más porque pues al que le puedes exigir es a tu papá o a tu mamá, pero a una persona que te cuida no. A una persona que simplemente le está haciendo el favor a tu papá y a tu mamá de cuidarte pues ¿Cómo le puedes decir “hey, ocupó uno zapatos” ?, más, sin embargo, quedaba uno con... “esto es lo único que hay” (E.1)

Los abusos vividos, explica Rosa, le impedían vivir tranquila; incluso le impedían tener una vida sexual plena.

“Cuando ya llegué el punto al declive de la depresión, viene eso a mi vida, a recordar aquella persona que pues... me había violado y que la gente “pues tu tuviste la culpa”. Llega el momento en que tu toda tu vida te sientes culpable, que dices “te paso por tu culpa” y no es así. Una niña de cinco años ¿qué va a saber de eso? Entonces, pues... era... hasta el grado de que no dejaba que mi esposo me abrazara, que no me agarrara, y yo le decía que no “esto no es normal”. Fue cuando ya me llevó con el psicólogo.” (E. 1)

Rosa, describe que el momento en el que toman la decisión de buscar ayuda de un profesional de la salud mental, ella tenía 17 años, ya estaba viviendo con una pareja que la violentaba, ya tenía dos hijos. Su familia estaba atravesando por una crisis económica severa que no les permitía atender medicamente a su hijo, aunque era necesario.

“Cuando paso, que mi esposo se quedó sin trabajo, los niños enfermos, tuvimos que vender todo porque pues un hijo es un hijo para sacarlo a delante y su enfermedad... y llega la depresión a mi vida por el mismo estrés de que ya no había más de dónde agarrar, mi esposo no sabía trabajar en ninguna parte, toda su vida había sido mesero, así es que para el conseguir un trabajo era bien difícil, pero no imposible ¿verdad?” (E. 1)

Rosa ha descrito que esa situación precaria hacía que la violencia de su pareja se intensificara, su esposo la violentaba de manera física y psicológica.

“En ese momento llego esa etapa, sin trabajo, la economía, el estrés... los problemas, este... En ese tiempo mi esposo, cuando había problemas, pues... si me golpeaba. Hubo golpes, o sea, hubo maltrato físico y verbal también.

“Se me venía a la mente “mira, toda tu vida te han golpeado y siguiendo golpeando” todo eso. Cuando el doctor me dice que ya pasé, pues empezó mi esposo otra vez con sus cosas”  
(E.1)

Rosa pertenece a una comunidad cristiana que se encuentra en la colonia San José, la cual también es parte de Santorales. Ella explica en reiteradas ocasiones, que sus creencias la han ayudado a sobrellevar las situaciones adversas por las que pasa.

“Y como te digo, o sea, también el señor restauró mi vida y que sano muchas heridas por esa parte” (E. 1) “Yo siento que ya finalizó porque Dios se encargó.” (E. 1)

Actualmente, Rosa ha expresado que ya está curada de la depresión, y que ha sido gracias a la atención de un especialista, pero, sobre todo, expresa, que gracias a Dios.

“Primero que nada, me ayudó el valorarme a mí misma, el quererme yo como persona ¿por qué? Porque esa enfermedad se adueña mucho de ti cuando tú no te quieres a ti misma, porque no te quieres a ti misma, pues nomás estás pensando “nadie me quiere” este... “todo lo que hago no sirve para nada” y así en ese momento no te están valorando como persona, entonces todo eso te ayuda a caer en el hundimiento, pero te ayuda mucho el que vayas con un psicólogo. Un psicólogo te ayuda mucho por ese lado, porque lo hablas, te dice... Y más que nada confiar en Dios, confiar en Dios” (E.1).

#### **4.2 Caso 2. Ruth**

Ruth es una mujer de 29 años, ama de casa y madre de dos niños pequeños. Ella describe haber tenido una niñez tranquila y bonita. Siempre ha vivido en Santorales. Ella tenía 17 cuando decide junto con su pareja vivir juntos y dejar de estudiar. Su último grado académico es la secundaria. Tuvieron un noviazgo de 5 años. Él se dedicaba a cruzar personas a Estados Unidos de forma ilegal, “pasar” personas al otro lado, a lo que coloquialmente se le conoce y así lo expresó Ruth, como “pollero”; es decir, tráfico de personas. Dedicarse a estas actividades es muy común en las colonias cercanas a la línea internacional fronteriza.

“pues... en ese momento... yo creo que el principio no lo miraba mal, pero, pero si teníamos muchos problemas porque... por... por la policía, por el gobierno que... que a veces a mí

me daba mucho pendiente porque yo sabía que él andaba en la calle y que lo agarraran y que le pasaría algo pues.” (E. 2)

Ruth, describe que la relación con su esposo ha sido complicada desde sus inicios.

“pues que era... era muy... él siempre ha sido muy celoso y sus celos he.... Yo creo que de todos los problemas han sido siempre celos de su parte.” (E. 2)

La situación más compleja y violenta que Ruth compartió, fue el uso de sustancias psicoactivas ilegales de su esposo. Cuando consumía la golpeaba, ella describe que él imaginaba cosas que no existían y ahí comenzaba la violencia y su lucha por ayudar a su esposo.

“Mi esposo recayó en las drogas y... y fuimos porque... porque queríamos... estábamos buscando apoyo con eso. Y decidimos ir a un psiquiatra porque... él estuvo internado en un centro de rehabilitación y después de que salió pues no se mejoraron las cosas y yo la verdad le dije que tenemos que atendernos porque si no, no podíamos seguir así porque estábamos pasando cosas muy feas.” (E. 2)

“Pues como tenía eso... tenía... él pensaba que yo lo engañaba y él hablaba mucho de eso y me decía... no sé, hasta miraba un video y decía... me llegó a enseñar videos como pornográficos y me decía que era yo la que hacía esos videos, y que yo estaba en esos videos y que yo metía hombres en la casa.” (E. 2)

“Y pues eran... eran noches... la mayoría de las veces era noche cuando él se ponía violento y... y para eso yo estaba embarazada en ese tiempo y... pues fue muy muy feo. Este... me gritaba, me decía insultos, me golpeaba y... en ese tiempo fue cuando él se... lo internamos

y cuando salió he... no funcionaron bien las cosas y decidimos buscar por otra parte que fue ir a un psiquiatra.” (E. 2)

Ruth relaciona esta situación, del consumo de drogas de su esposo, con su diagnóstico de depresión.

“Decidimos en ese tiempo pues que yo quería insistir con él para que saliera de ese hoyo. Yo le decía “pues vamos juntos” para yo entender cómo ayudarlo, y el también pues para su tratamiento. Y fue cuando la doctora me dio un medicamento y me trato como depresión, por como yo le dije a ella como me sentía y...y así fue.” (E.2)

En este momento de su vida Ruth tenía dos hijos pequeños, ella no realizaba ninguna actividad con remuneración económica, y su esposo no le daba dinero, Ruth expresa que su situación económica dependía completamente de su esposo.

“No era muy buena. No era buena porque yo jamás tenía dinero en el bolsillo, ni en la casa. Yo jamás me quedaba con dinero. Él por lo mismo de la misma adicción, él tenía cosas en su cabeza que no... Que por celos este... inquietudes que yo... desconfianzas que tenía hacia mí, él me dejaba sin dinero. Entonces yo siempre estaba limitada... y pues no, totalmente sola”. (E.2)

Actualmente, Ruth expresa que su situación económica no le permitió continuar con el tratamiento psiquiátrico, ella comenta que ya se encuentra mejor porque su esposo ya esta mejor.

“Pues mi situación cambio en mi hogar. Yo en el momento que ya me empecé a sentir más segura...Segura en... en protegida con mi esposo, con mi pareja. Eso en realidad es lo que

más me ha afectado pues. Y el estar bien y sentirme ya protegida y que mi familia esta avanzando y que mis hijos están creciendo también y que yo voy bien... todo eso siento que me ha ayudado.” (E.2)

### **4.3 Caso 3. Kimberly**

Kimberly es una mujer de 26 años, su último grado de estudio es la secundaria. Actualmente trabaja en el área de panadería de un mercado. Ella ha vivido toda su vida en Santorales, describe vivencias de escases y precariedad desde su niñez. Sobre todo, la falta de recursos básicos como el agua, drenaje y pavimento.

“Mi niñez si fue con escasez porque pues mi nana nos corrió, la mamá de mi papá nos corrió muy chiquitos entonces mi mamá tuvo que... el picadero<sup>2</sup> de la cuadra de atrás... nosotros vivíamos en San José.” (E. 3)

Kimberly describe su niñez como una etapa dura, pero compartió que sufrió repetidos abusos sexuales por una persona cercana a su familia, cuando ella apenas tenía 5 años.

“Sufrió abusos de una expareja que tuvo mi mamá, que yo crecí creyendo que era mi tío. Pues metía mano, me levantaba el shortcito, la faldita... y pues era una niña. Crecí con miedo, crecí en el rango en que no me podía ni ver mi papá porque me daba miedo, entonces sufrí abusos psicológicamente y sufrí abusos sexualmente también.” (E.3)

En el consenso social que se describe, persisten creencias y mandatos culturales machistas, como lo es el hablar del valor de la virginidad. Kimberly, al igual que Rosa, sostiene que, a

---

<sup>2</sup> Picadero, es el nombre coloquial que se utiliza para describir un espacio, en su mayoría casas abandonadas y deterioradas, que se utiliza para consumir drogas.

partir de su experiencia de abusos sexuales, sentía que valía menos por haber dejado de ser virgen, sintiendo un gran temor a relacionarse sentimentalmente en el futuro.

“Ay, vivía en una cruz, porque yo decía “¿Qué le voy a decir a mi esposo cuando le diga, sabes qué, nunca he tenido relaciones?” y a la hora de la hora se dé cuenta que no es cierto. Yo decía “ni modo que ande por el mundo diciéndole a cada pareja, es que me abusaron” pues no, yo decía... pero pues como han cambiado tanto los tiempos, la ideología de ser virgen ya no es tan importante, pero para mí sí lo era, para mí sentirme que valía, creía que el hecho de ser virgen valía mucho, que era lo que era por ser lo que tenía.”

Kimberly tuvo que dejar de estudiar porque su mamá se enfermó y ella la tenía que cuidar. A pesar de que en el hogar había otras personas, la responsabilidad del cuidado de la madre recayó en Kimberly.

“Estaba estudiando, ya iba a empezar el primer semestre de prepa, pero pues lo tuve que dejar, mi mamá me necesitaba. Mi mamá tenía... tenía que estar con ella las 24 horas. Yo me estuve con ella un mes entero en ese hospital” (E. 3)

Esta situación fue impuesta por el padre y se alargó 7 años, hasta que falleció la madre de Kimberly.

“Duro, porque yo quería ser enfermera, era mi sueño ser enfermera, por lo mismo de la situación que tenía con mi mamá y, pero pues no se pudo. Las circunstancias no me lo permitieron, pasaron los años y pues tuve que dedicarme a ella, ella me necesitaba; y así como ella se dedicó a mí los primeros años de mi vida, así yo di gracia de gracia lo que recibí de ella”. (E. 3)

La situación de la mamá era grave, lo que le impedía moverse por sí misma o realizar alguna otra actividad, Kimberly se hacía cargo de todas esas tareas del hogar, además de la responsabilidad de hacer la comida para la familia y lavar la ropa de todos. Ella comparte que es su gran sueño ser enfermera, y durante la enfermedad de su mamá, en la etapa más difícil, aprendió algunos conocimientos básicos, y eso la hizo sentir “viva”.

“Era levantarme a las 7 de la mañana, hacerle su desayuno, aplicarle su medicamento y tratar de que mi mamá estuviera lo más cómoda posible. De hacerle una vida más ligera, pues dependía cien por ciento de mí, no se podía mover, no podía caminar, no podía ir al baño ni nada. Esos eran los primeros cuatro años de este proceso así fueron, día y noche.”

“Tres años más. Dejé mi trabajo y me volví a poner con ella las 24 horas. Ahora era más difícil, porque pues ahora dependía de un medicamento, dependía de cuidados muy muy intensivos, y tuve mi primera oportunidad, dentro de todo eso malo, tuve mi primera oportunidad de tomar un curso de enfermería en el hospital general. ¡Entonces me sentí viva! Creí que estaba en el lugar y en el tiempo correcto. Aprendí a poner catéter, aprendí a inyectar, aprendí a diferenciar entre antibiótico y no antibiótico, antidesinflamatorio; porque ella... porque de eso dependía ella, entonces me sentí viva.” (E. 3)

A partir de la muerte de su madre, Kimberly describe que no sabe cómo vivir sino es llevando a cabo la actividad de su cuidado.

“Y yo, oh realidad, yo dependía más de ella que ella de mí. Y fue mi cruda realidad, darme cuenta que ella no dependía de mí, yo dependía de su existir, entonces darme cuenta que ya no iba a estar, pues fue muy difícil para mí.” (E. 3)

“Te digo creía que dependía 100 % de su existencia, de su existir, yo creía que el hecho de estar viva era porque ella estaba viva” (E. 3)

Kimberly ha compartido que ha intentado hacerse daño en repetidas ocasiones. Un día antes de nuestro primer encuentro, Kimberly intentó quitarse la vida.

“Pero si, trate de suicidarme varias veces, trate de... comí veneno para ratas, me comí un frasco de losartan, de tramadol, solamente que mi cuerpo se defendió y lo hecho para fuera, sino... si haiga cometido el daño.” (E. 3)

Kim también pertenece a una comunidad cristiana, y menciona que los apoyos más grandes los ha recibido de su congregación.

#### **4.3 ¿Qué es la depresión?**

En el apartado anterior, a través de las narrativas de vida de las colaboradoras, desarrolle el eje de análisis de las condiciones de producción de las representaciones, a continuación, analizaré con base en los siguientes ejes, que son el campo de la actitud, el campo de la información y campo de representación. El campo de la actitud, está relacionado no solo con el aspecto afectivo-cognitivo, sino la posición social que se tiene dentro del grupo en relación a los otros miembros. Es una cuestión de juicio de valor sobre el objeto.

En este sentido, quiero señalar que existen entre las tres colaboradoras una serie de similitudes en relación a lo que creen que son las causas de su depresión. Antes de analizar los relatos de las colaboradoras, me parece importante hacer énfasis en lo encontré en campo además de las entrevistas, ya que me acerqué a mujeres de la misma comunidad y al explicarles que mi objetivo era encontrar mujeres que experimentan depresión, me referenciaban a otras mujeres que sufrían violencia por su pareja, y ellas lo asociaban al objeto depresión.

En este primer encuentro la actitud hacia la depresión es negativa, pero no solo por lo que podría estar relacionada por una falta de salud, sino con la posición de subordinación de las mujeres en relación a sus parejas sentimentales, y la violencia recibida por parte de esta. Se relaciona con el sufrimiento que se experimenta derivado de vivencias adversas.

Las colaboradoras también tenían una actitud negativa, porque además de asociar su experiencia de depresión con las violencias recibidas, también era y es, un objeto que es necesario que permanezca oculto. Es decir, que por más común que sea la depresión en el grupo, y que exista un conocimiento de esta, se reconoce como algo que el grupo rechazaría.

En relación al campo de la información, que es la forma en la que se organiza el conocimiento de los integrantes del grupo sobre el objeto representado, en las historias de las colaboradoras, se identifica que existe un amplio conocimiento del lenguaje científico, también hay explicaciones tradicionales y de sentido común. Y se construye de forma constante, de forma dialéctica para explicar aquello que lo hace familiar para el grupo.

Me parece muy importante señalar, que las colaboradoras no me preguntaban que era la depresión, pues no existía desconocimiento o más daban por entendido su significado, resultando entonces que frente a la depresión existe una postura, una opinión y un consenso de su definición, además de ser un elemento del lenguaje común.

A continuación, desarrollaré lo que para mis colaboradoras son las causas de su depresión, a partir de la dimensión del campo de la representación, para tener aún más comprensión de la representación social de la depresión. Describiré lo que ellas compartieron en la entrevista, para conocer qué se cree y como se interpreta.

Para Rosa las causas de su depresión son las vivencias de abusos recibidos desde su niñez, el abandono de su madre, la violencia de su esposo y la situación económica. Aunque el concepto de depresión se desprende de un conocimiento especializado, como lo es la psiquiatría, para Rosa, las causas se encuentran en sus vivencias, no describe procesos complejos de un cuerpo enfermo, aunque lo resume en que las vivencias dolorosas llevan a enfermar.

“Pues las causas primeramente la detonan los problemas. De ahí te vas dando cuenta he... Cuando llegas a ese punto ya de la depresión que empiezas a analizar tu vida, de tu vida pasada, o sea, de lo que tú te acuerdas del pasado desde que tú te acuerdas. Y eso te ayuda y te empuja a más depresión, o sea, vuelves a tu pasado y recoges todo lo que tenías tirado por ahí y viene y te enferma más. Te ayuda a estar peor que antes, porque la depresión te llega sin ningún motivo, simplemente por algún problema... así. Pero si ya habías tenido cosas anteriores como las que a mí ya me habían pasado, pues ya... te vienen a estallar ha... como quien dice a reforzar lo que tú ya estabas pasando”. (E.1)

Rosa explica que la atención psicológica es muy importante en su proceso, además que la depresión es una enfermedad, pero una enfermedad que “llega” de la acumulación de experiencias dolorosas, y que en cualquier momento puede presentarse en la vida.

“cuando yo ya me quise quitar la vida ... el doctor ya me dijo que eso ya es una enfermedad, ya eso es una enfermedad”. Ya... yo ya decía “yo no tengo solución, esta enfermedad ya me gana a mí” “primero fue la economía, luego los recuerdos que fue la violación, el abandono de mi mamá, la violencia de las personas que nos pegaban.” (E.1)

Hay una legitimación del saber médico, una aceptación que el sentir puede ser explicado desde el saber médico, y puede ser atendido desde la medicación. Pero este objeto se compone de otros

elementos como lo son las tradiciones religiosas, el pensamiento judeocristiano, porque, aunque Rosa acepta que se trata de una enfermedad, también describe que Dios “la hizo reaccionar” y que por eso se “restauró” su vida.

“Y como te digo, o sea, también el señor restauró mi vida y que sano muchas heridas por eso parte.” “Fueron dos años antes de conocer de Cristo, que estuvimos batallando de un psicólogo a otro psicólogo”. (E.1)

“Yo siento que ya finalizó porque Dios se encargó”. (E.1)

Rosa describe a la depresión como la ausencia de felicidad y la falta de ganas de realizar actividades. A la vez, se hace alusión a una cuestión de fuerza, la cual se requiere para dejar de ser depresivo, aunque a las enfermedades del cuerpo no se le dan las mismas explicaciones. Las enfermedades referidas a un cuerpo invadido por alguna bacteria, o un mal funcionamiento orgánico, no se le explica con las cuestiones de tener voluntad para sanarse, haciendo una diferenciación entre el cuerpo físico y mental.

“te puedo decir que tengo ¿Qué será? Unos tres años más o menos, que dió un salto en vida, y eso paso, porque era muy difícil, muy difícil, y vas a decir “¿Por qué era tan difícil si ya conocías de Dios, ya...?” porque muchas de las veces a uno de depresivo se le cuesta dejar ¿lo que te duele? Dejarlo”. (E.1)

La definición de Ruth es similar a la de Rosa, pues también considera que la depresión se trata de una cuestión de falta de fuerza, aunque ha asistido al especialista de la salud mental para atenderse, y existen algunos elementos tradicionales como lo son la diferenciación entre el cuerpo físico y el alma.

“Para mi... pues es... es como no tener fuerzas... no tener fuerzas, ánimos de nada. Todas tus fuerzas se te van no tienes ni... como si tu alma se saliera de tu cuerpo, así totalmente y como si estuvieras en modo automático”. (E. 2)

Gran parte de los elementos encontrados en la propia forma de socializar su diagnóstico y experiencia con la depresión, en el relato de Ruth, es desde la subjetividad, la expresión de sentimientos.

“Tristeza, miedo, no querer... como te digo, no tenía fuerzas, no tenía fuerzas, pero tenía que hacerlo porque también mis otros niños estaba... me necesitaban, y no podía pues recaerme yo”. (E.2)

Ruth, refiere que ya tenía conocimiento de que ella estaba a travesando por una depresión, incluso antes de ir con el psiquiatra, esto porque se reconocía en ella algunos síntomas que relacionaba con la depresión. Ruth, sin antes haber asistido al especialista de la salud mental, dice que sabía que tenía depresión, es decir, en su concepción anterior a su diagnóstico ya existía conocimiento del término, y para ella también era un elemento familiar con el que interactúa en su cotidianidad.

“yo ya lo había pensado hasta que me dijo la doctora yo ya me di cuenta que sí, que si era así, que si era una depresión, porque me sentía muy, muy mal”.

La causa a la que Ruth atribuye su depresión, esta unida a las experiencias de violencia que vivió con su pareja, y también la explicación de sentirse mejor, para ella tiene el mismo origen, ya que dice que depende de cómo esta su relación con su esposo. Ruth, relata que la depresión no era algo que ella pudiera solucionar por sí sola, que era algo externo, pero también era algo que tenía que ver con la culpa de su pareja. Aun así, asistió al especialista.

“El mismo (su pareja) me llegó a decir que lo que yo tenía si era depresión pero que era por su culpa. Él me decía que era por su culpa (...) Si lo creo. Y él me lo decía, pero a la vez él no podía hacer nada, absolutamente nada por mí y ni yo misma por mí”.

En el caso de Kimberly, ella relata tres casos de depresión muy cercanos, el de su mamá, el de una amiga y el propio. Describe que la depresión de su mamá fue a causa del abandono de la pareja, pero la mamá de Kimberly nunca fue diagnosticada, ellas así lo creían, así explicaban la situación adversa que atravesaba, su tristeza.

“Yo creo que cayó en depresión (la mamá de Kimberly), porque nunca la mandaron a psicólogos ni nada, pero mamá dejó de comer, mamá dejó de tener vitalidad, vitalidad que ya la había tenido. He... el darse cuenta que su compañero de 24 años se había ido, que a la primera prueba, que a la primera crisis no la soportó y se fue, eso fue muy duro para ella”.

(E.3)

Kimberly, comparte la experiencia de una amiga cercana, su amiga sufría depresión porque le quitaron la matriz, aunque nunca la diagnosticaron, pero al igual que en el caso de su mamá, se le atribuyeron las expresiones de tristeza a una causa médica como la depresión, ese concepto es utilizado para explicar una serie de sufrimientos, y que no es necesario que lo explique un especialista del saber médico. A partir de estos relatos queda claro que el término depresión se encuentra inmerso en el lenguaje común y está constituido por una combinación de lenguaje científico, haciendo de este, un elemento familiar con el que el grupo puede dar explicaciones de conductas que se salen de lo esperado en el grupo social.

“yo lo vi en el caso de una amiga, el hecho de tener 17 años y decirle “¿sabes qué? te voy a sacar la matriz y ya no vas a poder ser mamá”, entro en depresión, entro en depresión y se

suicidó que es lo peor; con causas que nos llevan a según encontrar la salida fácil, pero pues no, es mucho más duro porque pensamos en nosotros, pero no en los que nos rodean, sabemos que a lo mejor nos creemos solos pero no estamos solos; entonces la depresión si contrae mucho eso, la soledad, la... y tristezas. Llega la tristeza a tu corazón, y cuando la dejas llegar a tu corazón, deja muchos estragos, muchas heridas, muchas cicatrices que muchas veces tardan años en sanar”. (E.3)

Para explicar las causas de su depresión, Kimberly menciona que fue la pérdida de su madre, y el hecho de haber dependido tanto de ella. Al igual que el caso de las colaboradoras Rosa y Ruth, Kimberly describe que antes del acercamiento médico ya tenía un significado de lo que es la depresión, y que además era compartido con las personas de su entorno, haciendo de la depresión un objeto que da sentido a las conductas relacionadas con sentimientos de tristeza, un sentido social. Kimberly relata que la causa de su depresión es la muerte de su madre, explica que la enfermedad de su mamá la mantenía gran parte de su tiempo atendiéndola y cuidándola, lo que hizo que sintiera que su vida solo tenía sentido si realizaba esa actividad.

“Si, fue una nada más una, la pérdida de mi mamá. Te digo creía que dependía 100 % de su existencia, de su existir, yo creía que el hecho de estar viva era porque ella estaba viva, entonces esa fue la causa, que me dedique a estar sola a encerrarme en un mundo donde solamente mi meta era llegar con ella, y pues no, no es así”. (E. 3)

Kimberly define a la depresión como una falta de ánimo y la presencia de miedos, existen además explicaciones religiosas que aluden a la salvación, y una oportunidad de cambio a partir de la idea de Dios.

“Es una falta de ánimo, es una falta de ánimo. Es la manera más sencilla de esconder tus miedos, de esconder tu realidad, yo creo que eso es la depresión. Yo Kimberly en ese sentido así la... así la viví. Era mi modo de salvación, la agarre como tabla de salvación de decir “pues ya, me voy a dejar”, era la oportunidad perfecta, pero, pues Dios tiene una oportunidad de cambio para cada uno”.

Fue importante al momento de entrevistar a las colaboradoras, que describieran si su concepto de depresión fue diferente antes de su diagnóstico y después, ya que este sería un elemento importante para conocer la construcción del conocimiento en el lenguaje común, la dinámica de la construcción de las representaciones sociales.

Rosa describió que si cambio su concepto de depresión antes y después de haber sido diagnosticada. Como ya le plasmé anteriormente, para Rosa la depresión es una enfermedad, pero antes de su experiencia ella creía que la depresión se trataba de una cuestión de actitud, especialmente de flojera.

“Para mí no era una enfermedad, ni tampoco era un diagnóstico, era simplemente “¿sabes qué? Te estas volviendo bien floja, huevona” este... porque es... si tú lo miras así, de esa manera”. (E. 1)

El hecho de no ser funcional, de no poder llevar a cabo sus actividades lo relacionaba con ser una persona floja, ya que también es importante entender que en escenarios más precarios no es permitido que no se cumplan las actividades que conllevan una remuneración económica, existiendo un fuerte juicio no ser productivo. Ahora Rosa define a la depresión como una enfermedad.

Ruth y Kimberly, no han cambiado su manera de definir la depresión. Para Ruth desde antes de tener la experiencia del diagnóstico o los problemas que expresó, asociaba el a la depresión como aquello relacionado a la falta de fuerza.

“Me imaginaba que... yo la verdad me imaginaba que era como pues algo así, como el no tener fuerzas de vivir, de la vida, de seguir delante de levantar de... hasta de comer. Me imaginaba que era así”. (E.2)

Kimberly compartió, que antes de su depresión, para ella las personas que tenían depresión eran cobardes, es decir, asociaba a una cuestión de debilidad. Pero, aunque dice ser diferente hoy día su concepto, lo cierto es que lo que comentó sigue estando unido a una idea de la fuerza y la debilidad.

“pero si cambio mi idea de pensar, creía que las personas que tenían depresión eran porque eran débiles, eran porque eran cobarde, no podían, pero cuando yo lo pase también dije “¿sabes qué? Pues también eres cobarde y eres débil, porque si hay otras gente peores y salieron ¿tú por qué no puedes?” eso es lo que yo sentía en ese momento cuando miraba a esas personas decía “ay porque son cobardes, porque son débiles, ni modo que no puedan buscar un aliciente” pero cuando te toca lo ves distinto y dices “ay pero porque no me apoyan”. (E.3)

Creo que, en el caso de Rosa y Kimberly, quienes han compartido que han intentado quitarse la vida, también existe un reconocimiento de una conducta que no es considerada normal en nuestra sociedad, lo que nos llevaría a buscar respuestas a darles explicación para que a partir de ahí se le pueda dar sentido. La mente que sufre se explica a través de la enfermedad.

## Conclusiones

Al hablar de depresión, nos adentramos a un tema muy complejo, pues existen diferentes enfoques para abordarlo, sobre todo desde una perspectiva médica; pero en este documento he seleccionado algunos elementos que me permitan ahondar en los componentes socioculturales de la creciente cifra de depresión en la mujer, como lo es la representación social de la depresión de mujeres diagnosticadas.

Las narrativas aquí descritas, han coadyuvado en la comprensión de una parte de la interpretación de la realidad de un grupo hacia un objeto como la depresión, pero existen elementos contextuales que son necesarios para entender de donde parte esa lectura, como lo son el género y las condiciones económicas.

Si entendemos al género como una tecnología que tiene efectos sobre los cuerpos, los comportamientos, las actitudes y opiniones, entonces entendemos que ese cúmulo de significados que se decodifican en la sociedad, marcan la pauta para conocer del cómo ser y se debe ser. Estas normas no solo son sociales, sino que, las personas en su individualidad se construyen a partir de estas, resultando en tener una postura frente a los objetos.

Retomado una cita de la Secretaria de Salud (2015), ya mencionada en este documento, en la cual se hace referencia a que entre las variables psicosociales asociadas a la depresión destaca la variable “ser mujer”. No resulta difícil entender esta información, ya que, en la actualidad, las mujeres, además de las actividades asignadas como propias de su género como ser madres, cuidadoras, educadoras, etcétera, han abarcado terrenos en el mundo laboral competitivo y los espacios de toma de decisiones. Lo extraño es que solo el hecho de ser mujer sea un riesgo para

sufrir depresión, como una especie patologización a una situación de violencia estructural, o la negación de la misma. Una especie de interlocución al sufrimiento ante la violencia de género.

Siguiendo con la cita de la Secretaria de Salud, las mujeres de Santorales cumplen con más de una de las otras variables asociadas a la depresión, como lo son el dedicarse solamente a las tareas de hogar, esto en un cumplimiento de roles de género; contar con un bajo nivel socioeconómico, situación que permea las colonias de Santorales; experiencias de violencia, las cuales encontramos en los tres casos aquí descritos.

La violencia de género ha sido una constante en las tres historias de vida compartidas, se han logrado identificar diferentes tipos de violencias ejercidas por el solo hecho de ser mujeres. Los proyectos de vida de las tres mujeres han estado coartados por experiencias de abusos.

Las mujeres que han colaborado en esta investigación, comunican sus experiencias adversas a través de un conocimiento que se comparte en el grupo, permitiendo que la expresión del dolor y la aceptación de las otras personas hacia ese dolor, comuniquen significados. Por ejemplo, se espera que las mujeres sean sensibles, pero una vez que sale de los parámetros aceptados, incluso de lo que ella acepta en su autorregulación, es muy sencillo explicarse que se trata de una patología.

Además del género, las condiciones socioeconómicas tienen un papel importante como una fuente de determinación de las representaciones sociales, ya que los temas de salud presentes en un contexto precario vulneran aún más a quien los experimentan. Así, el saberse precario, y el actuar precario, es también una actitud ante el padecimiento, se es consciente de los pocos recursos vitales con los que se cuenta.

En las historias de vida de los tres casos presentados, se ha descrito a la depresión como una enfermedad que imposibilita llevar a cabo las actividades normales, en este sentido, en un

entorno precario resulta aún más condenado o señalado, el no ser capaz de seguir siendo productivo para aportar lo elemental para la supervivencia, apareciendo la culpa como un elemento importante en estos discursos.

Parte de la complejidad de realizar esta investigación ha sido encontrar a las mujeres colaboradoras, ya que existe un fuerte estigma social ante los temas de salud mental. Aunque ellas expresan el entendimiento de que es una enfermedad, no es un diagnóstico que socialicen de manera común, sería más sencillo compartir que se tiene cualquier enfermedad referente al cuerpo, antes que hablar de un padecimiento mental.

Esto significa que en el grupo al que pertenecen las colaboradoras cuenta con una serie de significados alrededor del tema de la depresión que no son aceptados. Otra de las cuestiones que se identificó, fue la presencia del término depresión como un concepto de uso común y su significado es familiar en el grupo, haciendo de la depresión un elemento de su bagaje intelectual.

A través de las historias de vida de las colaboradoras, se ha identificado que la representación social de la depresión la asocian a un estado de tristeza, que requiere ser atendido a través de la psicología o la psiquiatría y el origen lo explican por las experiencias de violencia de género que experimentaron a lo largo de sus vidas, además de las situaciones precarias. Expresan que, como una forma de manifestarse la depresión, es la falta de ánimo para realizar las actividades más comunes.

También es evidente que las explicaciones de sus síntomas y sus causas, no aluden a la complejidad del lenguaje médico, ni a procesos biológicos que necesiten un conocimiento especializado, sino que, utilizan el término, incluso el tratamiento del saber científico, pero explican su diagnóstico desde sus experiencias de vida adversas.

Estas cuestiones las retomó para entender que la representación social de la depresión, a su vez, esta compuesta por la autorepresentación social, una comprensión del mundo social y nuestra posición en él, nos permite saber cuáles son los recursos con los que contamos. El conocimiento de saberse mujer, a quien le corresponden determinadas actividades y saberse esa construcción mujer para las otras personas.

Se interseccionan un conjunto de representaciones sociales, como lo es la representación social de la pobreza, la representación social de ser mujer, la representación social de la salud mental, etc.

Los elementos que más se repiten en sus discursos son los relacionados a cuestiones fuerza/debilidad, ganas/desanimado, tristeza/falta de felicidad y luchar/rendirse. Además, destaco que existen explicaciones desde la tradición religiosa que aluden a la salvación y la restauración. En algunos episodios se desarrolla una cuestión de culpa, como si se tratase de una cuestión de decidir el dejar de estar mal. Lo que no pasaría con una enfermedad biológica.

Las representaciones sociales se entrecruzan con otras representaciones, que tienen que ver con la multidimensionalidad que ya se abordó. Es a partir del conjunto de representaciones que se les da sentido a las actitudes sobre los objetos. En las historias de las colaboradoras, una parte esencial son las estrategias que utilizaron para sobrellevar su experiencia con la depresión, ya que aquí se define también cuales son los recursos con los que se cuenta dentro del grupo y la posición social que se ocupa.

Las tres expresaron que la familia entendía su situación, así que las apoyaban para que salieran adelante, pero, esto significa entonces, que las personas a su alrededor compartían o estaban de acuerdo con la explicación de lo que estaba pasando. En los tres casos, era la figura de

otra mujer la que las cuidaba, la suegra, la madre y la pastora de la iglesia. En el caso de Rosa y de Ruth, quienes tienen hijos, expresaban sentir culpa por no poderlos cuidar y atender, pero las mujeres de las respectivas familias las fortalecían.

En el recorrido de las historias de vida podemos encontrar experiencias de violencia de género, durante diferentes etapas de la vida. En el caso de Rosa y Kimberly, en la etapa de la niñez sufrieron abusos sexuales, en el caso de Rosa y Ruth, en la etapa adulta fueron violentadas por sus parejas.

Otra de las situaciones que se logran plasmar en sus historias, es el tema de los cuidados. En el caso de Kimberly, ella ha descrito que tuvo que dejar sus estudios para cuidar a su madre enferma, siendo esta una situación aceptada y normalizada en su entorno inmediato, y que por el hecho de quedarse en casa, el tema de los trabajos del hogar también recaían en ella. Rosa y Ruth, describieron que fueron su suegra y su madre, respectivamente, quienes cuidaron de sus hijos mientras ellas atravesaban por la depresión y su “falta de fuerzas” para llevar cabo actividades de cuidados de sus hijos.

Ruth, compartió que su falta de autonomía económica limitaba su posibilidades de salir de su situación violenta, y que su pareja decidía cuanto recurso económica iba a tener ella a su disponibilidad.

Se les cuestionó acerca de si para ellas, la depresión era igual en hombres que en mujeres, y las respuesta fue, no.

“Porque en el fondo de una mujer hay un sentimiento muy sensible y en un hombre no. En un hombre es bien difícil porque cuando cae en esa depresión no puede hablarlo, es más difícil para hablar, es más difícil para sacar lo que tiene adentro”. (E.1)

“No. Creo que en la mujer si es depresión y si es dura, pero en un hombre más ¿por qué? Porque los hombres están aptos, hechos para no expresar. El hombre es un poquito más duro, poquito más cerrado, entonces creo que cuando la depresión cae en un hombre siempre se va por los vicios, por alcohol, o por drogas, o por X, Y o Z, pero en un hombre ellos creen que esa es la salida, y pues no, simplemente que necesitan apoyo. (...) Y la mujer no, la mujer es más sensible, es más llorona, es más de corazón, más hormona; y el hombre la testosterona la traen pesada”. (E. 3)

Pero si se tratará de una enfermedad donde hubiera una falla orgánica no debería de existir una diferencia, quedando evidente que aquí existen otros elementos simbólicos, como el género, que dan respuesta a la forma de aceptar los padecimientos mentales.

En este punto me resulta importante resaltar que no descartó la importancia de la perspectiva médica, sino, señalo que sigue siendo necesario una reinterpretación desde un perspectiva de género para aportar en los problemas físicos, psíquicos y emocionales que experimentan las mujeres, ya que aunque mucho se ha hablado de un modelo médico que ha intentado dejar de lado el abordaje de los padecimientos solo desde los aspectos individuales, lo cierto es que sigue siendo necesario un enfoque interdisciplinario donde lo biológico, psíquico, social y cultural converjan.

Creo necesaria una perspectiva de políticas públicas con enfoque de género, para atender un fenómeno como lo es la depresión en la mujer. Considero que es necesario comprender la experiencia subjetiva de quienes padecen, lo que implica una reflexión y sensibilización para comprender los distintos componentes que interfieren en el proceso. En este sentido, creo también

que es necesario un dialogo entre la academia y las instancias públicas, con el objetivo de contribuir a que se realicen investigaciones y acciones más integrales.

## Referencias

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*, México: Ediciones Coyoacán.
- Álvaro, J., Garrido, A., Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, [S.l.], v. 68, n. 2, p. 333-348, aug. 2010. ISSN 1988-429X. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328>
- Araya, S. (2003). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José: FLACSO
- Balcázar, González-Arratia, Gurrola y Moysén (2005). "Investigación cualitativa" en *investigación cualitativa*. UAEM. México.
- Banchs, M. (2000). "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales", *Papers on Social Representations. Textes sur représentations sociales* (Londres), vol. 9, pp. 3.1-3.15
- Bartra, R. (2001). *Cultura y melancolía: Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Barcelona: Anagrama.
- Bayón, M. (2012). El "lugar" de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México. *Revista mexicana de sociología*, 74(1), 133-166. Recuperado en 14 de septiembre de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01882503201200010005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01882503201200010005&lng=es&tlng=es)

- Berrios, G. (2008) Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo De Cultura Económica —México: FCE.
- Betancur, C. (2016) Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología 1 Julio - Diciembre 2016, Vol. 16 No. 2, pp 5-14 ISSN 1657-3412 (Impresa) 1 ISSN 2346-0253 (En línea)
- Blanco, A. & Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29. Recuperado en 12 de septiembre de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113052742006000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742006000100001&lng=es&tlng=es).
- Bourdieu, P. (1999) “los efectos del lugar” En: La miseria del mundo, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bruel, T. (2008). Representaciones sociales de género: Un estudio psicosocial acerca de lo masculino y lo femenino. Universidad Autónoma De Madrid Facultad De Psicología Departamento De Psicología Social Y Metodología .Tesis Doctoral, Madrid.
- Butler, J. (2002) Críticamente subversiva. En *Sexualidades Transgresoras: Una antología de estudios queer*. Editorial Icaria, Barcelona.)
- Butler, J. (2006) Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Paidós. Buenos Aires.
- Butler, J. (2009). Performatividad, *precariedad* y *políticas sexuales*. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. (4)3, pp. 321-336.

- Butler, J. (2010) *Marcos de guerra. Las Vidas lloradas*. Paidós. Buenos Aires.
- De Certeau, M. (1993) "*La escritura de la historia*", UIA, México.
- De Lauretis, T. (1989), *La tecnología del género*. En: *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, London, Macmillan Press, pp. 6-34.
- De Lauretis, T. (2000) *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Madrid. Horas y horas.
- Durkheim, E. (1978) *Las Formas Elementares de Vida Religiosa*. En:\_\_\_\_. *Coleção Os pensadores*. São Paulo: Abril,. p. 203-245.
- Durkheim, E. (2000). *Representaciones individuales y representaciones colectivas*. En *Sociología y filosofía*, pp. 27-58. Madrid: Miño y Dávila Eds.
- Fassin, D. (2004) *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud* *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 40, enero-diciembre, pp. 283-318 Instituto Colombiano de Antropología e Historia Bogotá, Colombia
- Fassin, D. (2016) *La razón Humanitaria*, Prometeo, Buenos Aires, Introducción, p. 9-32.
- Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Siglo Veintiuno Editores Argentina, Buenos Aires, 2018, p. 73- 118.
- Fernández, E., Fernández, A. y Belda, I. (2014). *Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina*. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>>

- Flores-Palacios, F. 2010. "Representación social y género; una relación de sentido común".  
En Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales,  
edición de Norma Blázquez, Fátima Flores-Palacios, y Maribel Ríos, 339-358.  
México: CEIICH/CRIM/Facultad de Psicología/UNAM.
- Foucault, M. (1967) Historia de la locura en la época clásica I. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (1989) El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica.
- Foucault, M. (2001). Los Anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de  
Argentina, S.A. Segunda Reimpresión.
- Foucault, M. (2002) Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores. Buenos  
Aires.
- Foucault, M. (2007). Historia de la sexualidad. 1 La voluntad de saber. Siglo xxi editores,  
S.A. de C.V. México.
- Foucault, M. (2008) Tecnologías del yo. Paidós. Buenos Aires.
- García, N. (1997). La ciudad espacial y la ciudad comunicacional: cambios culturales de  
México en los noventa. En Bases para la planeación del desarrollo urbano en la  
Ciudad de México, volumen 1, coordinado por Roberto Eibenschutz, 15-35. México:  
Porrúa.
- Gonzalbo, P. (2006). Introducción a la historia de la vida cotidiana. México, D.F.: Colegio  
de México. doi:10.2307/j.ctv47wf1b.11
- González, L. (2012). Nuevas formas de histeria: globalización del mercado y repunte de la  
histeria. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 41 / No. 3 / 2012.

- Habermas, J. (1987) *Dialéctica e Hermenêutica*. Porto Alegre: Editora L.P.M.
- Harvey, D. (1990). Los límites del capitalismo y la teoría marxista. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (2001), “Representaciones sociales, teoría y método”, en Tomas Ibáñez, (Coordinador), *Psicología social construccionista*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 123-216.
- Idoyaga Molina, A. 1997 Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine* .
- Idoyaga, A. (1997) Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women. *Anthropology and Medicine* .
- INEGI (2010)  
<http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=020020289>
- INEGI, (2015) Encuesta Intercensal 2015, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
<https://sinegi.page.link/pSfd>.
- Instituto Nacional de Salud Pública, (2013). Morbi-mortalidad de las rickettsiosis en México 2002- 2011. Perspectiva a nivel nacional, en un estado endémico (Sonora), y un brote comunitario (Mexicali). <http://catalogoinsp.mx/files/tes/053002.pdf>
- Jackson, R. (1986) *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos y la época moderna*. Ediciones Turner. Madrid.

- Jiménez, L. (2011) La depresión como forma comunicativa en la construcción de género en mujeres de la comuna de Casablanca. Tesis Magister. Universidad de Chile.
- Jodelet, D. & Guerrero, A. (Eds.) (2000). Develando la cultura: estudios en representaciones sociales. Mexico, UNAM.
- Korman, G., Molina, A. (2002) Alcances y límites de la aplicación del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del gran Buenos Aires. Scripta Ethnologica, núm. 24, 2002, pp. 173-214 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Buenos Aires, Argentina
- Laín, E. (1961) P. Enfermedad y pecado. Barcelona, Ediciones Toray.
- Levi-Strauss (1995) “Cap. 10. La eficacia simbólica” en *Antropología estructural*. Paidós, Barcelona.
- Linardelli, M. (2015) Salud mental y género Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad MILLCAYAC -Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II / N° 3 / 2015. ISSN: 2362-616x. (pp. 199-224) Centro de Publicaciones.
- Maffia, D. (2007). “Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia” en Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, v.12 n. 28 Caracas jun, consultar en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012007000100005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005)
- Marchant, M. (2000). Apuntes sobre la histeria Revista de Psicología, vol. IX, núm. 1, 2000, p. 0 Universidad de Chile Santiago, Chile

Martínez, M. (2006). Poesía, melancolía, y subjetividad femenina: la humanista Luisa Sigea. Neophilologus, vol. 90, No. 3, pp. 423-443.

Mead, M. (1973) Sexo y temperamento en las sociedades primitivas. Paidós, España.

Millett, K. (1968). La política sexual. Graficas Rógar S2006. A. Madrid.

Montesó, P. (2008). Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres. Tesis Doctoral. Universidad Nacional De Educación A Distancia Facultad De Ciencias Políticas Y Sociología Departamento De Sociología.

Mora, J., Natera, G., Bautista, N. y Ortega, M. (2014). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México Centro Cuernavaca

Mora-Rios y Flores (2012). Intervención comunitaria, género y salud mental. Aportaciones desde la teoría de las representaciones sociales. Dentro de: Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales .México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias :Facultad de Psicología.

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público, Buenos Aires, Huemul.

Organización Mundial de la Salud 2013:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud 2018: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

Ortega, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género (Primavera /Verano 2011) Vol.1/Nº 4, pp. 208-223. ISSN: 1889-9285 / EISSN: 1989-7391208.

Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (Comp.) (1995): *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis (pp. 87-99)

Ortiz, L., López, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.

Peretó, R. (2012). *Aristotle and melancholy, about Problemata XXX*, 1, Revista internacional de filosofía, vol. XVII, pp. 213-227. España.

Plumed, J. (2004) “La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española”. *Frenia*, volumen IV, 2 (2004), 69-91.

Porter, R. (2008). Historia del cuerpo. (Ed), *Formas de hacer historia* (pp. 255-286) Alianza Editorial.

Risse, G. (1988). *Hysteria at the Edinburgh Infirmary: the construction and treatment of a disease, 1770-1800*.

- Rodríguez, P. & Ceirano, V. (1999). Las representaciones sociales de la pobreza. 10.13140/2.1.2669.9843. Ponencia fue publicada en las Actas de la III RAM
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres. Notas sobre la “economía política del sexo”. En Nueva Antropología, Vol. VIII. N. ° 30, (pp. 95-145). México: UNAM
- Santos, M. (1986). Espacio y método. En Geocrítica, Año XII, Número 65, p.1-57.
- Scott, Joan (2008). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Género e historia, México, FCE/Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), pp.48-74.
- Secretaría de Salud, (2015). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México:<http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- Sontag, S. (1977). La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Editorial Titivillus.
- Sousa, M. (2008). El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. [https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_es/47](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/47)
- Spivak, G. (1998). ¿Puede hablar el sujeto subalterno?. En Orbis Tertius, año 3 no. 6, p. 175-235
- Szasz, T. (1961) The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. New York: Hoeber Harper.

- Taylor B. y Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., & Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.
- Wagner, Wolfgang et al. (1999), "Theory and method of social representations", en *Asian Journal of Social Psychology*, núm.1, vol. 2, Inglaterra: Oxford, Blackwell Publishing, Asian Association of Social Psychology, Japanese Group Dynamics Association.
- Zermeño, M., Alvarado, G., Villegas, E., De La Rosa, D. y De La Rosa, E. (2013). Prácticas interdisciplinarias y comunitarias de comunicación para la salud con instituciones bajacalifornianas: caso rickettsiosis. *ALCANCE Revista Cubana de Información y Comunicación* Vol.3, Núm. 3.